



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 VALLEJO**

**“CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20 (IMSS)”.**

T E S I S

**QUE PARA FINES DE OBTENER TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. ENRIQUE JESÚS RAMÍREZ IBARRA**

**TUTORA:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**



CIUDAD DE MEXICO, MARZO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTOR

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Mtra. En Ciencias de la Educación
Profesora Adjunta del curso de Especialización
en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar no. 20

Vo.Bo.

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

Vo.Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en Salud adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi Esposa Silvia.

Por tu paciencia, comprensión, hoy hemos alcanzado un triunfo más porque mis logros son tuyos. Tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían. Te agradezco muchísimo amor.

A mi madre Ruth.

Por haberme apoyado incondicionalmente en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Enrique.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A hermano Israel.

Por ser el ejemplo de una hermano mayor y del cual aprendí aciertos y de momentos difíciles.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

La vida, para mí no es una vela que se apaga. Es más bien una espléndida antorcha que sostengo en mis manos durante un momento, y quiero que arda con la máxima claridad posible antes de entregarla a futuras generaciones.

George Bernard Shaw.

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS.	15
HIPÓTESIS	16
MATERIAL Y MÉTODO	17
RESULTADOS	30
DISCUSION	46
COLCLUSION	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	57

RESUMEN

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20 (IMSS).

RAMIREZ-IBARRA EJ.1, VEGA-MENDOZA S.2.

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF20, IMSS.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar UMF20, IMSS.

Aunque la diabetes es una enfermedad no curable, el IMSS tiene como función reforzar el autocuidado, prevenir y disminuir los factores de riesgo. **Objetivo general:** Determinar las capacidades de autocuidado del paciente con diabetes mellitus de 40 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 20 (IMSS). **Metodología:** Estudio analítico en pacientes diabéticos de la UMF20 (IMSS). Previo consentimiento informado se aplicó encuesta de datos generales e instrumento Isenberg y Everest de autocuidado. Estadística descriptiva, Jl_2 . **Resultados:** El 75%(141) descontrol glicémico, autocuidado malo 51.6%(97), bueno 27.7%(52) y regular 20.7%(39). Las características de mal autocuidado: edad de 61-70años 50.51%(49), femeninas 63.91%(62), primaria incompleta 70.10%(68), casados 62.88%(61), dedicados al hogar 54.63%(53), tiempo de evolución de diabetes de 6-10 años 60.82%(59), sobrepeso 58.76%(57); comorbilidades 38.14%(37) de hipertensión arterial 70.10%(68) y depresión 84.53% (82). Apoyo familiar bajo 51.54%(50), apoyo afectivo 31.95%(31), apoyo valorativo 49.48%(48), informativo 51.54%(50) e instrumental 68.04%(66). **Conclusiones:** El descontrol metabólico del paciente diabético está vinculado a la mala capacidad de autocuidado, las cuales aumenta por la falta de capacitación y educación del paciente sobre su enfermedad, así como la falta de apoyo familiar.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, capacidades, actividades, autocuidado.

SUMMARY

AUTOCUSED CAPACITIES OF THE PATIENT WITH DIABETES MELLITUS OF 40 TO 70 YEARS OF AGE IN THE UNIT OF FAMILY MEDICINE NUMBER 20 (IMSS).

RAMIREZ IBARRA EJ.1, VEGA MENDOZA S.2.

1. Resident of the specialization course in Family Medicine UMF 20, IMSS

2. Family Physician, Professor of the Specialization Course in Family Medicine UMF 20

Although diabetes is a non-curable disease, IMSS has the function of reinforcing self-care, preventing and reducing risk factors. **Overall objective:** To determine the self-care abilities of patients with diabetes mellitus from 40 to 70 years of age in Family Medicine Unit number 20 (IMSS). **Methodology:** Analytical study in diabetic patients of the UMF20 (IMSS). Prior informed consent was applied general data survey and instrument Isenberg and Everest self-care. Descriptive statistics, Jl_2 . **Results:** 75% (141) glycemic control, poor self-care 51.6% (97), good 27.7% (52) and regular 20.7 (39). The characteristics of poor self-care: age of 61-70 years old 50.51% (49), female 63.91% (62), primary incomplete 70.10% (68), married 62.88% (61), housed 54.63% Evolution of diabetes 6-10 years old 60.82% (59), overweight 58.76% (57); Comorbidities 38.14% (37) of arterial hypertension 70.10% (68) and depression 84.53% (82). Family support under 51.54% (50), affective support 31.95% (31), support 49.48% (48), informative 51.54% (50) and instrumental 68.04% (66). **Conclusions:** The metabolic uncontrol of the diabetic patient is related to the poor self-care capacity, which is increased by the lack of training and education of the patient about his illness, as well as the lack of family support.

Key words: Diabetes Mellitus, abilities, activities, self-care

**CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DE 40 A
70 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20 (IMSS).**

INTRODUCCION

En México a nivel nacional la cifra de pacientes con control glucémico es de 36% y a nivel local de 28%. La importancia del conocimiento cultural de las enfermedades crónicas ha sido señalado desde hace dos décadas. 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 (1).

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. El concepto de estilo de vida es amplio y envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las circunstancias sociales y económicas, y las facilidades con que ellas pueden elegir otras alternativas. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el auto tratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona (2).

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 (3). 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 (4).

El propósito de este estudio es identificar las medidas de autocuidado en el hogar de los pacientes diabéticos que acuden a la asistencia médica a control de la enfermedad para tomar medidas oportunas de información y educación para desarrollar habilidades adecuadas que contribuyan en la disminución de complicaciones e ingresos hospitalarios.

MARCO TEORICO

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel universal, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes: China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son los países con mayor número de diabéticos (5). La diabetes Mellitus es un trastorno caracterizado por concentración elevada de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina (6).

Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. (7). Se calcula que para 2030 habrá cerca de 366 millones de diabéticos, de los cuales 70% residirán en países de ingresos medios y bajos (8).

La Federación Internacional de Diabetes (FID) espera para el año 2035 que las cifras de personas con diabetes oscilen en 592 millones, lo que representaría el 8.8% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) a nivel mundial, también estimó que durante el año 2013, 5.1 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad (9).

El primer censo de pacientes diabéticos, realizado en 2004 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), estimó un total de 2 334 340 personas afectadas por esta enfermedad. En ese mismo año se otorgaron 854 millones de consultas de medicina familiar para casos de diabetes, equivalentes a 13,0% del total de consultas en esta especialidad. En el IMSS se registran anualmente cerca de 153 000 nuevos casos de DM (420 diagnósticos diarios) y 18 170 defunciones por sus complicaciones en individuos entre los 15 y los 64 años de edad. Se estimaron \$83 millones de dólares por conceptos de atención hospitalaria y ambulatoria (3).

Un estudio realizado en 2005 —en las mismas instituciones— notificó costos totales anuales de \$ 317 millones US, de los cuales \$ 140 millones US correspondieron a costos directos y \$ 177 millones US a costos indirectos. Cabe destacar que el costo total estimado exclusivamente para el IMSS fue de \$ 103 millones US (11).

En América Latina, aproximadamente, 20 millones de personas padecen diabetes y de éstas, el 90% padece diabetes tipo 2. Una de las principales condiciones asociadas con la diabetes es la obesidad y el sobrepeso; de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina existen aproximadamente 53 millones de obesos (12).

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66,7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años. El diagnóstico y la definición de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) descansa principalmente en la hiperglucemia; sin embargo, el impacto principal de esta enfermedad asienta en la vasculatura, con la hiperglucemia favoreciendo las complicaciones micro y macrovasculares. A pesar que los eventos clínicos derivados de estas últimas son los que atraen más la atención, la morbilidad asociada con el daño microvascular, incluyendo la neuropatía, retinopatía, nefropatía y la isquemia de extremidades inferiores ha mostrado un incremento importante en los últimos años. Los mecanismos que llevan al daño vascular son múltiples e implican diversas alteraciones metabólicas y estructurales como la producción de productos finales de la glicosilación avanzada, activación anormal de cascada de señales (tales como la proteína quinasa, mayor estrés oxidativo y la consiguiente disfunción endotelial (13).

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes. Así, la prevalencia de la diabetes en esta población ha incrementado sustancialmente en las últimas décadas: en 1993 la prevalencia de los diabéticos con diagnóstico conocido en población mayor de 20 años fue de 4.0%, mientras que en 2000 y 2007 se describió una prevalencia del 5,8 y 7%, respectivamente. Por otro lado, de acuerdo con las encuestas nacionales de esos mismos años, se ha demostrado la alta prevalencia de condiciones comorbilidades en la población diabética y problemas en la calidad de la atención, lo cual contribuye de manera importante a la mayor incidencia de complicaciones macro y micro vasculares. Las estrategias de prevención implementadas a escala poblacional en países con elevado riesgo que logren modificar estilos de vida (en particular en la dieta, actividad física y tabaquismo) pueden ser altamente costo efectivas al reducir la aparición de la diabetes y retrasar la progresión de la misma (14).

México tiene condiciones de alto riesgo, por lo que recientemente se han impulsado políticas intersectoriales relacionadas con la salud alimentaria y con ello combatir uno de los más importantes factores de riesgo, la obesidad. Al mismo tiempo se han diseñado, ya desde hace más de una década, estrategias –PREVENIMSS, PREVENISSSTE, grupos de autoayuda, Unidades de Especialidades Médicas para Enfermedades Crónicas, entre otras, en las principales instituciones de salud con el propósito de mejorar la atención que se otorga a los pacientes que ya padecen la enfermedad. Sin embargo, el estado actual de los diabéticos mexicanos se conoce sólo parcialmente, información que es necesaria para cimentar y fortalecer los esfuerzos que se requieren en prevención a todos los niveles a fin de contender una de las más grandes y emergentes amenazas de la viabilidad de los sistemas de salud, la diabetes (14).

La capacidad de autocuidado o agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades para la acción deliberada; habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado ; percibir la necesidad de cambiar o regular el comportamiento; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación (15).

El conocimiento de autocuidado fue definido por Dorothea E. Orem en 1993 como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida salud, y bienestar. Aunque la DM2 no es curable se aplican métodos para mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cercano a lo normal, es importante mencionar que ara que esto se logre, el individuo que la padece debe lograr un adecuado autocuidado para prevenir complicaciones, acción que mejora el control de la enfermedad retrasando la aparición de limitaciones físicas (16).

Los tipos de habilidades para el autocuidado desarrollado por Orem y la Nursing Development Coonference Group , son capacidades fundamentales y disposiciones componentes de poder y posibilidades para operaciones de autocuidado. Los componentes de poder facilitan las acciones de autocuidado.

Dorothea E. Orem formulo 10 componentes de poder para autocuidado(10):

- 1.-Máxima atención y vigilancia respecto a sí mismo como agente de autocuidado.
- 2.-Uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las acciones de autocuidado.
- 3.-Control de la posición del cuerpo y sus partes.
- 4.-Razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado.
- 5.- Motivación o metas orientadas hacia autocuidado.
- 6.-Toma de decisiones sobre autocuidado.
- 7.-Adquisicion, conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado.

8.-Repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.

9.-Orden discreto de las acciones de autocuidado.

10.-Integración de las operaciones de autocuidado con otros de la vida

El paciente con MD2 es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de su autocuidado, para ello debe realizar capacidades y secuencias de acciones o actividades aprendidas dirigidas hacia sí mismo que contribuyen a la continuación de la vida, al auto mantenimiento a la salud y bienestar personal, el presente trabajo se plantea con el objetivo de determinar las capacidades y actividades de autocuidado en pacientes con DM2 que acudieron en la UMF20

Esta investigación se describe el panorama estadístico y epidemiológico del problema en estudio, se plantea una pregunta de investigación tomando como marco teórico conceptual la teoría general de autocuidado de Dorothea E Orem, que describen las generalidades de la DM2 y su interrelación con las variables de estudio(16)

De acuerdo con Landeros, la Diabetes Mellitus es una epidemia, su prevalencia obedece a ciertas conductas de riesgo en común exacerbadas a partir de las dos últimas décadas del milenio pasado, esto ha sido consecuencia multifactorial, que va desde el incremento en el promedio de vida, hasta el proceso de urbanización y las condiciones sociales (17).

La educación es el medio para disminuir el costo de la ignorancia, no solo en beneficio de los diabéticos, si no la sociedad en su totalidad. El extraordinario aumento de la frecuencia de esta enfermedad a nivel mundial , y en particular en países en desarrollo , se ha traducido en un incremento impresionante de los costos de la asistencia médica, que puede absorber hasta el 10% de los presupuestos nacionales destinados a los servicios de salud. Ese dinero más bien se gasta en los tratamientos de las complicaciones de la diabetes que dañan el corazón, el riñón, los ojos, y el sistema nervioso. Los diabetólogos expertos y los prestadores de servicios de salud reconocen que

la educación es uno de los elementos más importantes del tratamiento de la diabetes ; sin embargo el problema fundamental es que no todos los encargados de la atención médica son expertos. (14).

La educación del Paciente Diabético se ha implementado como Terapéutico en Francia, destinado a la adquisición y el mantenimiento de las habilidades de auto-cuidado. Orientación reciente emitida por la Autoridad de Salud y el Instituto de Prevención y Educación para la Salud, formalizando el campo: ETP se puede integrar en el manejo terapéutico en condiciones que es complementaria a la atención y el tratamiento y que tener en cuenta las necesidades del paciente y las prioridades que éste fije. El paciente puede desempeñar un papel complementario de los cuidadores de intervención, lo que contribuye al proceso educativo a través de compartir experiencias de la enfermedad, el tratamiento, el testimonio de la resolución de las situaciones de los problemas encontrados en los días según lo recomendado por el Alto Autoridad Sanitaria (15).

La diabetes mellitus tipo 2 es considerada un grave problema de salud pública, absorbe la mayor parte de presupuesto institucional de salud a nivel nacional, el gasto originado por sus complicaciones es tres veces mayor que su tratamiento. La última encuesta de salud y nutrición (ENSANUT 2012) reveló que en México la DM pasó de 10.5 al 22.2% en la población adulta adicionalmente las instituciones de salud en general reportaron; que la DM se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos de los hospitales y es la tercera o cuarta causa de la consulta externa (13). En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) diariamente mueren un promedio de 40 personas por esta patología se calcula que del 20 al 30% de los casos de hospitalizaciones en el IMSS tiene complicaciones de pie diabético y son las causas de internamiento más frecuente con promedio de 36.000 defunciones anuales por complicaciones (19)

Aunque la DM es una enfermedad no curable , se controla en la mayoría de los casos de reciente inicio, el programa PREVENIMSS tiene como función reforzar

el autocuidado, prevenir y disminuir los factores de riesgo, se recomienda a las personas que padecen esta enfermedad y a sus familiares, que tiene que hacer grandes modificaciones en su forma de vida, para evitar complicaciones serias; así mismo tiene que adquirir habilidades dirigidas al control del padecimiento, aceptar la enfermedad , modificar la dieta y realizar ejercicio, acciones ha han demostrado garantizar una mejor calidad de vida (20).

En diversas revisiones que se han llevado a cabo en este tema, se presentan las capacidades de autocuidado principales del paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus en agrupado en 5 categorías, como se describen a continuación

TIPO	DESCRIPCIÓN
Mantenimiento de un consumo de alimentos adecuados	Controlar la alimentación es fundamental, Se hade mostrado que una alimentación baja en grasas, rica en fibra mejora el metabolismo de Glucosa en sangre junto con los medicamentos hipoglucemiantes orales y la Insulina subcutánea.
Preservación entre actividad y reposo	La actividad física aumenta el metabolismo y disminuye la carga de glucosa en sangre, el reposo previenen futuras patologías
Mantenimiento de interacción social	La interacción social con otros pacientes diabéticos en descontrol ayuda a entender el padecimiento, y crea redes de apoyo
Prevención de riesgos para la vida humana el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal	La prevención de riesgos de accidentes mejora la calidad de vida y aumenta la sobrevida del paciente diabético
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas	Los grupos sociales promueven la participación del paciente para llevar acabo el autocuidado, realizando labores como el fomento a realizar ejercicios, que le ayudan a mejorar el metabolismo de la glucosa al paciente.

En la actualidad es motivo de investigación el identificar en las personas que se cuidan la capacidad que tienen para suplir sus necesidades básicas de auto cuidarse, conservar elevados los niveles de autoestima y auto concepto, el

sentirse útil, a lo que se denomina capacidad de agencia de autocuidado. Para desarrollar el estudio se toma en cuenta como postura la concepción filosófica de Dorothea Orem en la teoría del déficit de autocuidado, que de acuerdo a su visión de la naturaleza de los seres humanos, los concibe como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales. En este mismo orden, se reconoce que el contenido de la agencia de autocuidado deriva de su finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella son capaces de satisfacer los requisitos de autocuidado, cualesquiera que sean estos requisitos en un momento determinado. La agencia de autocuidado integra un grupo de capacidades humanas para la acción deliberada: la capacidad de atender a cosas específicas y de comprender sus características y el significado de estas; la capacidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la capacidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la capacidad de decidir qué hacer, y la capacidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

La capacidad de agencia de autocuidado es la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

El programa PREVENIMSS es sumamente importante, ya que cuenta con una guía teórica que permite organizar cada intervención de cuidado y así medir de forma cualitativa y cuantitativa el impacto de la intervención. Uno de los modelos más utilizados en el mundo es la teoría general del déficit de autocuidado compuesta por teorías de mediano rango: teoría del autocuidado;

teoría del déficit de autocuidado. De la teoría del déficit de autocuidado se retoma el concepto Capacidades de Autocuidado , consideradas como las capacidades que le permiten al individuo cuidar de sí mismo; de acuerdo con la teoría, estas habilidades son desarrolladas o no dependiendo del entorno sociocultural, y pueden ser reforzadas en actitud y acción (21).

De acuerdo al Programa PREVENIMSS se retoma los tres subsistemas para valorar el grado de dependencia: a) totalmente compensador, donde el paciente depende de una manera total del cuidado de enfermería, situación que se puede dar en un paciente sometido a una terapia intensiva. b) parcialmente compensador, donde el receptor de cuidados tiene habilidades físicas y cognitivas para cuidarse, pero no son suficientes y necesita del apoyo de enfermería. c) soporte educativo, sistema que está siempre presente en cualquiera de las situaciones en la que se presente el paciente (incluye los otros dos sistemas). Ambas teorías se relacionan por un común denominador: el autocuidado elemento primario o meta del modelo (22). Para realizar la apreciación, se valoran los requisitos de autocuidado, que se dividen en tres: para el desarrollo, desviaciones de la salud y requisitos universales. Para la intervención en este trabajo se tomaron en cuenta los dos primeros, la desviación de la salud, que incluye a las personas con DM y la etapa de desarrollo como personas adultas (23).

Para Medellín-Vélez B: Cuidado ambulatorio de las personas con diabetes mellitus esta intervención, únicamente se utilizó la valoración de los requisitos universales, que se dividen en ocho; las primeras cuatro son fisiológicas, aire, agua, alimentación y eliminación, mismas que deben tener equilibrio con respecto a la demanda que se requiera en las diferentes situaciones (13). Las otras cuatro son; Interacción social, actividad y reposo, prevención de peligros para la vida, y normalidad, ésta última valora principalmente la aceptación o no de la enfermedad. Los requisitos universales son valorados de acuerdo a la exploración que realiza el médico, tratando de identificar capacidades de autocuidado no desarrolladas e incrementar las mismas por medio de la

intervención del médico. Existe un concepto periférico al modelo denominado factores básicos condicionantes que afecta de manera intrínseca o extrínseca a cada una de las teorías, los principales son: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y el estado de salud, de éstos depende el estado de desarrollo de las capacidades de autocuidado que en cada persona se perciben de manera diferente. (13).

Diferentes estudios de investigación, han sido realizados en diversos escenarios, en la mayoría incluyen grupo de personas con Diabetes Mellitus o alguna otra enfermedad crónico degenerativa; se han utilizado técnicas de visita domiciliaria y seguimiento para valorar el conocimiento antes y después de la intervención de médica, con base a sesiones educativas. En todos los reportes el resultado ha sido satisfactorio, en ellos se recomienda la consejería individual para reforzar capacidades de autocuidado, situación que en unos estudios se demostró el control glucémico, en otros los niveles de Hemoglobina Glucosilada, que fueron a la baja en cada medición en personas con DM. (24)

Otros autores han realizado intervenciones en personas con afecciones cardiovasculares, de manera individualizada con base a la metodología de "estudio de caso", todos ellos utilizaron la intervención médica, bajo premisas teóricas del modelo del déficit de autocuidado. Estos seguimientos se realizaron en un promedio de siete meses, en donde la evaluación continua, permitió ajustar las intervenciones médicas para obtener capacidades de autocuidado en el paciente y el familiar responsable (25).

En otras investigaciones, no se ha utilizado la intervención, solo la identificación de características de grupos de personas con DM en relación con postulados teóricos, en quienes se ha demostrado asociación estadísticamente significativa entre las capacidades de autocuidado con diferentes factores básicos condicionantes: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y cognitivo. En la mayoría se ha demostrado que no solamente la enfermedad, sino la percepción de las personas sobre su salud, afectan directamente las

habilidades de autocuidado y que el descontrol de los factores de riesgo, exacerbaban el déficit de autocuidado (23).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dicho estudio nos permitió determinar el aumento en la magnitud de la DM2, las instituciones de salud consideran al control glucémico de los pacientes como un aspecto clave para la adecuada atención y pronóstico de la DM2. Sin embargo esta situación no es fácil de lograr. Sin embargo, el fomento colectivo de la promoción de salud se ha visto poco beneficiada por el enfoque socio-médico. En el caso del paciente con DM2, aún se le involucra en los programas de atención, bajo el supuesto de ser un actor independiente en la capacidad de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus, nos permiten un mejor control de la enfermedad y disminuir las patologías agregadas; por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las capacidades de autocuidado del paciente con diabetes mellitus de 40 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 20 (IMSS)?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las capacidades de autocuidado del paciente con diabetes mellitus de 40 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 20 (IMSS)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-se identificó capacidades de autocuidado para acudir a asistencia médica en su unidad de medicina familiar número 20.

-se identificó la capacidad de apego a su tratamiento del paciente diabético.

-se identificó las capacidades de autocuidado en sus pies del paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus

-se identificó capacidades de autocuidado higiénico del paciente con Diabetes Mellitus

-se identificó la capacidad de apego a su dieta del paciente diabético.

-se identificó capacidades de autocuidado en control y descontrol glucémico del paciente con diabetes mellitus

-se identificó problemas de autocuidado con su agudeza visual del paciente

-se Describieron las capacidades del paciente de acudir a cita médica para control y re-surtimiento de medicamento.

-se identificó la capacidad de autocuidado higiénico en el paciente.

-se describió el grado de control glucémico de los pacientes.

-se describió el tipo de autocuidado sobre la actividad física que realiza el paciente

-se describió las características físicas que tiene el paciente diabético con su autocuidado.

-se describió las características nutricionales que tiene el paciente diabético con su autocuidado.

HIPÓTESIS:

Hipótesis nula: los pacientes diabéticos no tienen la capacidad de un adecuado autocuidado.

Hipótesis alterna: Los pacientes diabéticos si tienen la capacidad de un adecuado autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar donde se realiza el estudio

El estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina familiar No. 20, ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero, Y con tutoría del personal de la Unidad de Medicina familiar No. 20.

DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: Analítico.

Captación de la información: Encuesta

Medición del fenómeno en el tiempo: Ambilectivo.

Por la presencia de un grupo control: Descriptivo

Por la dirección del análisis: Transversal

Grupos de estudio: se aplicó cuestionarios a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus de entre 40 a 70 años que acudieron a control.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

-Pacientes diabéticos y sus expedientes, de ambos sexos de entre 40 a 70 años.

-Pacientes diabéticos con más de seis meses bajo tratamiento médico en esta unidad.

-Pacientes que tuvieran en su expediente 3 reporte de glucosa en los últimos seis meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

-Pacientes diabéticas que cursarán con embarazo.

-pacientes con secuelas de EVC o con postración en cama.

-pacientes que no desearon participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

-Encuestas mal llenadas o incompletas

-Expedientes incompletos.

-Pacientes que posteriormente a contestar la encuesta decidieron retirarse del estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyó en el estudio a pacientes de ambos turnos que acudan a la consulta y que decidieron participar y que reúnan los criterios de selección.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA:

Se utilizó una fórmula para estudios cuyo objetivo es la estimación de una proporción en población infinita.

$$n = \frac{Z_{\alpha} \times p_0 \times q_0}{d^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96

SUSTITUYENDO LA FORMULA:

$$N = \frac{(1.96) (.60) (.40) 0.4704}{0.05^2} = \frac{0.4704}{0.0025} = 188$$

La muestra para el presente estudio será de **188** pacientes

TIPO DE MUESTREO: no probabilístico por conveniencia

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable de interés: Capacidades de Autocuidado

Variables descriptoras: Capacidades de autocuidado, autocuidado de control de glucosa, autocuidado en cuidado de los ojos, autocuidado de pies y piel, autocuidado de higiene, autocuidado de alimentación, autocuidado en ingesta de medicamentos, autocuidado en la realización de ejercicio, apoyo familiar, glucosa sérica, índice de masa corporal (IMC), genero, comorbilidades, tiempo de evolución grado máximo de estudios, estado civil, ocupación.

Capacidades de Autocuidado

Definición conceptual: El autocuidado es definido como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existen problemas de salud (27)

Definición operacional: instrumento de validación de capacidades de autocuidado y evalúa 7 áreas: autocuidado de los ojos, autocuidado de alimentación, autocuidado de glucosa, autocuidado de pies y piel, autocuidado de higiene, autocuidado de medicamento, autocuidado de ejercicio.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: 1. Si 2. No

Autocuidado de control de Glucosa

Definición conceptual: Capacidad del paciente de vigilar y gestionar sobre su control glucémico (14)

Definición operacional: Instrumento de validación (ITEMS 10,16,17)

Tipo de variable: Cualitativa ordinal

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: 0=nunca, 1=pocas veces, 2=algunas veces, 3=la mayoría de las veces, 4=siempre

Autocuidado en el cuidado de los ojos

Definición conceptual: Capacidades del paciente para vigilar y gestionar sobre el cuidado de sus ojos. (14)(28)

Definición operacional: Instrumento de Validación (ITEMS 3, 4)

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: 1=no autocuidado, 2=si autocuidado.

Autocuidado de pies y piel

Definición conceptual: Capacidad del paciente de vigilar y gestionar sobre cuidado de pies y piel (14) (28)

Definición operacional: Instrumento de Validación (ITEMS 1,2,9,20)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= no autocuidado, 2= si autocuidado

Autocuidado de higiene

Definición conceptual: Capacidades del paciente para realizar baño corporal por el mismo (14) (28)

Definición operacional: Instrumento de Validación (ITEMS 14,15)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= no autocuidado, 2= si autocuidado.

Autocuidado de alimentación

Definición conceptual: Capacidad del paciente de vigilar y gestionar sobre cuidado de alimentación (14) (28)

Definición operacional: Instrumento de Validación (ITEMS 6,7,11,12,13,18)

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= no autocuidado, 2= autocuidado.

Autocuidado en la ingesta de medicamentos

Definición conceptual: Capacidad del paciente de vigilar y gestionar sobre cuidado en la ingesta de alimentos (14) (28)

Definición operacional: Instrumento de validación (ITEMS 5,19)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= no autocuidado, 2= si autocuidado

Autocuidado en la realización de ejercicio

Definición conceptual: Capacidad del paciente de vigilar y gestionar sobre realización de ejercicio para generar bienestar y salud (6) (15) (28)

Definición operacional: Instrumento de validación (ITEMS 14, 22)

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= no autocuidado, 2= si autocuidado.

Apoyo familiar

Definición conceptual: Es la ayuda que la familia o alguno de sus miembros otorgan a otro miembro necesitado; a través de afecto, respeto cariño, protección, sustento, mediante cambios permanentes en el estilo de vida, para ello se requiere que el paciente y los miembros de la familia reciban educación para adquirir conocimiento y comprensión de la historia natural de la enfermedad. (28) (30)

Definición operacional: Instrumento de Validación de Apoyo Familiar que evalúa 4 areas: apoyo afectivo, apoyo valorativo, apoyo informativo, apoyo instrumental.

Tipo de variable: Cualitativa Dicotomica

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= sin apoyo familiar, 2= con apoyo familiar.

Glucosa sérica

Definición conceptual: La glucosa sérica se denomina más comúnmente como azúcar en la sangre, y se refiere a la concentración de azúcar, o glucosa,

en el torrente sanguíneo. Los carbohidratos que ingeres se convierten en glucosa, que es la fuente principal de energía del cuerpo humano. Si los niveles de glucosa son demasiado altos o demasiados bajos en general, resultan en problemas de salud, el más frecuente es la diabetes. (31)(32)

Definición operacional: De acuerdo al último reporte de laboratorio del expediente del paciente. Nivel de glucosa en sangre en ayunas en las ultimas 3 tomas

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: 1= controlado, 2= descontrolado.

Indica de masa corporal

Definición conceptual: Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo para determinar el estado nutricional (31) (32)

Definición operacional: Se medirá con realizado la operación de acuerdo a la fórmula de $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$ (2)6

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= IMC menor a 18.5 peso bajo, 2= IMC 18.6 a 24.9 normal, 3=IMC 25 a 29.9 sobrepeso, 4=IMC 30 a 34.9 obesidad G1, 5=IMC 35 a 39.9 obesidad G2, 6=IMC 40 a 49.9 obesidad G3, 7=IMC mayor a 50 obesidad G4.

Genero

Definición conceptual: es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad *asigna* a hombres y mujeres (33)

Definición operacional: por medio de la realización de encuestas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1= masculino, 2= femenino

Comorbidades

Definición conceptual: se refiere a dos conceptos sobre la *presencia* de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El *efecto* de estos trastornos o enfermedades adicionales (30) (33).

Definición operacional: a través de encuestas

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: 1= si , 2= no.

Tiempo de evolución

Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta que esta empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo (33) (34)

Definición operacional: por medio de la realización de encuestas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1=1 a 5 años de evolución, 2=6 a 10 años de evolución , 3= 11 a 15 años de evolución , 4= 16 a 20 años de evolución , 5= 21 a 25 años de evolución , 6= 26 a 30 años de evolución.

Edad

Definición conceptual: Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la puérpera al momento de la entrevista (33)

Definición operacional: Corroborando la edad que se tienen en el momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta de intervalo

Unidad de medición: 1=40 a 50 años, 2=51 a 60 años, 3=61 a 70 años.

Grado máximo de estudios

Definición conceptual: Grado máximo escolar alcanzado en la educación del paciente (33)

Definición operacional: De acuerdo a lo reportado por el paciente en la entrevista

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: 1= analfabeta, 2=primaria incompleta, 3= primaria completa, 4=secundaria, 5=bachillerato o preparatoria incompleta 6=bachillerato o preparatoria completa, 7= licenciatura incompleta, 8=licenciatura completa.

Estado civil

Definición conceptual: Estado social relacionado con el parentesco matrimonial en que se encuentra el paciente (33)

Definición operacional: De acuerdo a lo reportado por la paciente en la entrevista

Tipo de variable: Cualitativa Politomica

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: 1=soltero, 2=casado,3=divorciado,4=viudo(a),5=unión libre.

Ocupación

Definición conceptual: Actividad principal de la persona que desarrolla a lo largo de su vida. (33)

Definición operacional: De acuerdo a lo reportado por el paciente durante la entrevista

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal politomica

Unidad de medición: 1=desempleado, 2=Hogar, 3=empleado, 4= comerciante 5=pensionado, 6 otros.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se solicitó a la Coordinación de Educación en Salud y Jefes de Departamento Clínico el consentimiento, para realizar este estudio por medio de encuestas ayudándonos a identificar datos generales y la escala de valoración de las capacidades de autocuidado por Isenberg y Everest, a los pacientes diabéticos que acudieron a cita de control, cumpliendo los criterios de inclusión, así como en los servicios de consulta externa, PREVENIMS. Se informó el motivo de estudio, se proporcionará el consentimiento informado, se les aplicó la encuesta y al término se le dió las gracias.

Instrumentos utilizados.

El primer instrumento de Escala de Capacidad de Autocuidado es un instrumento elaborado y validado en México. Esta versión en español, que no contaba con validación previa, fue adaptada al español hablado en México, mediante modificaciones mínimas en la redacción de algunos ítems, por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, con el fin de facilitar su comprensión en los pacientes mexicanos con Diabetes Mellitus (21).

El instrumento de validación es una escala de tipo Likert que contiene 21 ítems para evaluar los requisitos de capacidades de autocuidado universal, de desarrollo y trastornos de la salud, con un nivel de confiabilidad satisfactorio (*alpha* de Crombach de 0,86). (21).

Los pacientes responden sobre su capacidad de autocuidado durante el último mes, por la acción que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 5, cuya escala de valores es el número 0 para nada capacitado y el 4 siempre. Cuando la X toca alguna marca vertical, la calificación debe redondearse en 0.5 puntos por arriba o por debajo de la

puntuación contenida entre las dos marcas próximas al número elegido, por lo que las puntuaciones mínima y máxima para cada respuesta van de 0.5 a 4.

Para evaluar la capacidad de autocuidado se atribuye en el instrumento de validación, el valor de 4 puntos a los ítems señalados como “siempre”, tres al ítem “mayoría de la veces”, dos al ítem “algunas veces”, un punto a las respuestas “pocas veces”, y cero a las respuestas “nunca”. Al final se sumaron los puntos obtenidos en todos los ítems y se comparó ese puntaje con los indicadores propuestos, la escala tuvo un total de puntuación máxima del instrumento es de 88 puntos como máxima como la siguiente escala de niveles:

- Muy buena Capacidad de Autocuidado: 88 a 66 puntos
- Buena Capacidad de Autocuidado: 65 a 43 puntos
- Regular Capacidad de Autocuidado: 42 a 21 puntos
- Mala Capacidad de Autocuidado: 20 a cero puntos.

El segundo instrumento de escala de Apoyo Familiar percibido por el adulto mayor se utilizó el instrumento formulado por Zoila E, Leytón Espinoza (2003), considerando las alternativas de frecuencia con el propósito de determinar el apoyo familiar, el cual capta la ayuda que la familia o alguno de sus miembros otorgan a otro miembro necesitado; a través de afecto, reforzando su autoestima y apoyo instrumental. El apoyo familiar le da al adulto mayor la sensación de que es amado, respetado y valorado y que la carga se comparte con otro (35).

Para evaluar el apoyo familiar se atribuye en el instrumento de validación 3 puntos a los ítems señalados como “Siempre”, 2 puntos al ítem “A veces”, y 1 punto a los ítems señalados como “Nunca”. Al final se sumaron los puntos obtenidos en todos los ítems y se comparó ese puntaje con los indicadores propuestos, la escala tuvo un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo, como la siguiente escala de niveles.

- Bajo grado de apoyo familiar: 10 a 18 puntos
- Moderado grado de apoyo familiar: 19 a 25 puntos
- Alto grado de apoyo familiar: 26 a 30 puntos

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas

Se usó χ^2 considerando significancia estadística cuando p sea igual o menor de 0.05.

RESULTADOS.

Se entrevistaron a 188 pacientes con diabetes mellitus, observando una media de edad 58.78 ± 10.20 años, con una mínima de 41 y máxima 70. Siendo el grupo de 61-70 años el que predominó con un 49.5% (n=93), femeninas el 63.8% (n=120), el 67% (n=126) correspondiente a primaria incompleta, estado civil con el 59.6% (n=112) casados, un 57.3% (n=108) dedicados al hogar. (Tabla 1).

TABLA 1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DATOS GENERALES	N (188)	%
EDAD		
• 40-50 AÑOS	34	18.1
• 51-60 AÑOS	61	32.4
• 61-70 AÑOS	93	49.5
GENERO		
• MASCULINO	68	36.2
• FEMENINO	120	63.8
ESCOLARIDAD		
• ANALFABETA	58	30.9
• PRIMARIA.INCOMPLETA	126	67.0
• PRIMARIA COMPLETA	4	2.1
ESTADO CIVIL		
• SOLTERO	54	28.7
• CASADO	112	59.6
• DIVORCIADO	18	9.6
• VIUDO	4	2.1
OCUPACION		
• HOGAR	108	57.3
• DESEMPLEADO	13	6.9
• EMPLEADO	63	33.5
• PENSIONADO	4	2.1

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Se observó una media de Glucosa sérica de 164 ± 20.774 con un mínimo de 116 y un máximo de 236 mg/dl. El 75% (n=141) con descontrol glucémico y 25% (n=47) en control glucémico, con tiempo de evolución de hasta 62.2% (n=117) con 6-10 años de padecer la enfermedad, el Índice de Masa Corporal (IMC) el 59.6% (n=112) con sobrepeso. (Tabla 2).

TABLA 2. DATOS CLÍNICOS DE LA DIABETES MELLITUS

DATOS CLÍNICOS	N (188)	%
GLUCOSA		
• DESCONTROLADO	141	75.0
• CONTROLADO	47	25.0
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DM		
• 1-5 AÑOS	63	33.5
• 6-10 AÑOS	117	62.2
• 11-15 AÑOS	4	2.1
• 16-20 AÑOS	4	2,1
IMC		
• PESO BAJO	1	.5
• PESO NORMAL	14	7.4
• SOBREPESO	112	59.6
• OBESIDAD G1	47	25.0
• OBESIDAD G2	12	6.4
• OBESIDAD G3	2	1.1

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

El 38.8% (n=73) de los paciente tiene comorbilidades, de los cuales con Hipertensión Arterial el 71.3%(n=134), dislipidemia 54.8%(n=103), Gastritis con 28.7% (n=54), Obesidad 32.4% (n=61), y depresión un 13.8% (n=26). (Tabla 3).

TABLA 3. PERFIL DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON DM.

COMORBILIDADES	N (188)	%
PRESENCIA DE COMORBILIDADES		
• SI	73	38.8
• NO	115	61.2
TIPO DE COMORBILIDADES:		
HAS		
• NO	54	28.7
• SI	134	71.3
DISLIPIDEMIA		
• NO	85	45.2
• SI	103	54.8
GASTRITIS		
• NO	134	71.3
• SI	54	28.7
OBESIDAD		
• NO	127	67.6
• SI	61	32.4
DEPRESION		
• NO	162	86.2
• SI	26	13.8

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

Se identificó el 27.7%(n=52) en el rubro de buenas capacidad de autocuidado, el 20.7% (n=39) con regular capacidad de autocuidado, y el 51.6%(n=97) mala capacidad de autocuidado. (Tabla 4)

TABLA 4. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	N (188)	%
BUENA	52	27.7
REGULAR	39	20.7
MALA	97	51.6

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

El porcentaje que **si realiza** el autocuidado por áreas fue el siguiente : de los ojos 54.3% (n=102), de alimentación 18.6% (n=35), glucosa 18.6%(n=35), de pies y piel 45.2%(n=85), de higiene 63.3%(n=119), 36.2% (n=68) Medicamento, y 36.2% (n=68) en ejercicio.(Tabla 5).

El porcentaje que no realizan autocuidado por áreas fue el siguiente: el 45.7% (n=86) cuidado de los ojos, el 81.4%(n=153) de alimentación, 81.4%(153) de glucosa, el 54.8%(n=103) de pies y piel, 36.7%(n=69) de higiene, el 63.8%(n=120) de medicamento, y el 63.8%(n=120) de ejercicio. (Tabla 5).

TABLA 5. ÁREAS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

AREAS DE AUTOCUIDADO	N (188)	%
CUIDADO DE OJOS		
• NO	86	45.7
• SI	102	54.3
CUIDADO DE ALIMENTACION		
• NO	153	81.4
• SI	35	18.6
CUIDADO DE GLUCOSA		
• NO	153	81.4
• SI	35	18.6
CUIDADO DE PIES Y PIEL		
• NO	103	54.8
• SI	85	45.2
CUIDADO DE HIGIENE		
• NO	69	36.7
• SI	119	63.3
CUIDADO DE MEDICAMENTOS		
• NO	120	63.8
• SI	68	36.2
CUIDADO DE EJERCICIO		
• NO	120	63.8
• SI	68	36.2

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

En relación a la familia un 18.1% (n=34) otorga un alto grado de apoyo familiar, el 27.1%(n=51) moderado apoyo familiar, y el 54.8%(n=103) un bajo grado de apoyo familiar. (Tabla 6)

TABLA 6. APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE DIABÉTICO

GRADO DE APOYO FAMILIAR	N (188)	%
ALTO	34	18.1
MODERADO	51	27.1
BAJO	103	54.8

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

De acuerdo a las áreas de apoyo familiar: el 54.8%(n=103) recibe apoyo instrumental, el 45.2%(n=85) es afectivo, el 72.3% (n=136) valorativo y un 54.8%(n=103) es informativo.

El porcentaje de pacientes que no recibe apoyo fue un 45.2(n=85) de tipo instrumental, 54.8(n=103) afectivo, 27.7%(n=52) valorativo, y el 45.2% (n=85) sin apoyo informativo. (Tabla 7)

TABLA 7. ÁREAS DE APOYO DE FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

AREAS DE APOYO FAMILIAR	N (188)	%
INSTRUMENTAL		
• SIN APOYO	85	45.2
• CON APOYO	103	54.8
AFECTIVO		
• SIN APOYO	103	54.8
• CON APOYO	85	45.2
VALORATIVO		
• SIN APOYO	52	27.7
• CON APOYO	136	72.3
INFORMATIVO		
• SIN APOYO	85	45.2
• CON APOYO	103	54.8

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DESCONTROLADOS.

Pacientes con una edad de 61-70 años un 49.64%(n=70) y de 51-60 años un 35.46%(n=50), femeninas el 60.99%(n=86), con primaria incompleta 63.82%(n=90), casados 56.02%(n=79), dedicados al hogar 59.57%(n=84), con tiempo de evolución de la diabetes de 6-10 años 63.12%(n=89) y de 1-5 años 32.62% (n=46), con sobrepeso 58.86%(n=83) y obesidad grado I 26.24%(n=37); con otras comorbilidades 39.71%(n=56) como es la hipertensión arterial 24.24%(n=37), dislipidemia 53.90%(n=76), gastritis 31.20%(n=44),obesidad 33.33%(n=47) y depresión 85.81% (n=121). Con mala capacidad de autocuidado el 50.35%(n=71), realiza autocuidado en ojos 56.02%(n=79), 83.68%(n=118) en alimentación, 73.75%(n=104) de la glucosas, y 64.53%(n=91) en la higiene, no aplica autocuidado de los pies y piel un 54.60%(n=77), de sus medicamentos 64.53%(91) y de su ejercicio 64.53%(91). El apoyo familiar es bajo 56.73%(n=80), sin apoyo en lo afectivo 53.19%(n=75) y con apoyo en lo valorativo 73.75%(n=104), informativo 53.19%(n=75) e instrumental 52.48%(n=74).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CONTROLADOS

Pacientes con una edad de 61-70 años un 53.48%(n=23) y de 51-60 años un 25.58%(n=11), femeninas el 72.34%(n=34), con primaria incompleta 76.59%(n=36), casados 70.21%(n=33), dedicados al hogar 51.06%(n=24), con tiempo de evolución de la diabetes de 6-10 años 59.57%(n=28) y de 1-5 años 36.17%(n=17), con sobrepeso 61.70%(n=29) y obesidad grado I 21.27%(n=10); con otras comorbilidades 36.17%(n=17) como es la hipertensión arterial 36.17%(n=17), dislipidemia 57.44%(n=27), gastritis 21.27%(n=10),obesidad 29.78%(n=14) y depresión 87.23% (n=41). Con mala capacidad de autocuidado el 55.31%(n=26), realiza autocuidado en ojos 48.93%(n=23), 74.46%(n=35) en alimentación, 68.08%(n=32) de la glucosas, y 59.57%(n=28) en la higiene, no aplica autocuidado de los pies y piel un 55.31%(26), de sus medicamentos 61.79%(n=29) y de su ejercicio 61.70%(n=29). El apoyo familiar es bajo 48.93%(n=23), sin apoyo en lo afectivo 59.57%(n=28) y con apoyo en lo

valorativo 68.08%(n=32), informativo 59.57%(n=28) e instrumental 61.70%(n=29).

TABLA 8. CONTROL DE GLUCOSA Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DATOS GENERALES	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
EDAD			
• 40-50 AÑOS	21(14.8%)	13(30.23%)	.023
• 51-60 AÑOS	50(35.46%)	11(25.58%)	
• 61-70 AÑOS	70(49.64%)	23(53.48%)	
GENERO			
• MASCULINO	55(39.00%)	13(27.65%)	.161
• FEMENINO	86(60.99%)	34(72.34%)	
ESCOLARIDAD			
• ANALFABETA	48(34.04%)	10(21.27%)	.257
• PRIMARIA.INCOMPLETA	90(63.82%)	36(76.59%)	
• PRIMARIA COMPLETA	3(2.12%)	1(2.12%)	
ESTADO CIVIL			
• SOLTERO	44(31.20%)	10(21.27%)	.134
• CASADO	79(56.02%)	33(70.21%)	
• DIVORCIADO	16(11.34%)	2(4.25%)	
• VIUDO	2(1.41%)	2(4.25%)	
OCUPACION			
• HOGAR	84(59.57%)	24(51.06%)	.343
• DESEMPLEADO	10(7.09%)	3(6.38%)	
• EMPLEADO	43(30.49%)	20(42.55%)	
• PENSIONADO	4(2.83%)	0(0%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 9. DATOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO AL CONTROL GLUCÉMICO

DATOS CLINICOS	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
TIEMPO DE EVOLUCION DE DM <ul style="list-style-type: none"> • 1-5 AÑOS • 6-10 AÑOS • 11-15 AÑOS • 16-20 AÑOS 	46(32.62%) 89(63.12%) 2(1.41%) 4(2.83%)	17(36.17%) 28(59.57%) 2(4.25%) 0(0%)	.412
IMC <ul style="list-style-type: none"> • PESO BAJO • PESO NORMAL • SOBREPESO • OBESIDAD G1 • OBESIDAD G2 • OBESIDAD G3 	1(0.70%) 10(7.09%) 83(58.86%) 37(26.24%) 9(6.38%) 1(0.70%)	0(0%) 4(8.51%) 29(61.70%) 10(21.27%) 3(6.38%) 1(2.12%)	.914

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 10. AREAS DE COMORBILIDADES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS RESPECTO AL CONTROL GLUCÉMICO

AREAS DE COMORBILIDADES	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
PRESENCIA DE COMORBILIDAD <ul style="list-style-type: none"> • Si • no 	56(39.71%) 85(60.28%)	17(36.17%) 30(63.82%)	.666
HAS <ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 	104(73.75%) 37(26.24%)	30(63.82%) 17(36.17%)	1.697
DISLIPIDEMIA <ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 	65(46.09%) 76(53.90%)	20(42.55%) 27(57.44%)	.179
GASTRITIS <ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 	97(68.79%) 44(31.20%)	37(78.72%) 10(21.27%)	1.697
OBESIDAD <ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 	94(66.66%) 47(33.33%)	33(70.21%) 14(29.78%)	.202
DEPRESION <ul style="list-style-type: none"> • NO • SI 	20(14.18%) 121(85.81%)	6(12.76%) 41(87.23%)	.060

TABLA 11. CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO AL CONTROL GLUCÉMICO

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
• BUENA	37(26.24%)	15(31.91%)	.286
• REGUAR	33(23.40%)	6(12.76%)	
• MALA	71(50.35%)	26(55.31%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 12. APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO A CONTROL GLUCÉMICO

APOYO FAMILIAR	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
• ALTO	25(17.73%)	9(19.14%)	.619
• MODERADO	36(25.53%)	15(31.91%)	
• BAJO	80(56.73%)	23(48.93%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 13. ÁREAS DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO AL CONTROL GLUCÉMICO

AREAS DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
CUIDADO DE LOS OJOS • NO • SI	62(43.97%) 79(56.02%)	24(51.06%) 23(48.93%)	.714
CUIDADO DE ALIMENTACION • NO • SI	23(16.31%) 118(83.68%)	12(25.53%) 35(74.46%)	1.978
CUIDADO DE GLUCOSA • NO • SI	37(26.24%) 104(73.75%)	15(31.91%) 32(68.08%)	.567
CUIDADO DE PIES Y PIEL • NO • SI	77(54.60%) 64(45.39%)	26(55.31%) 21(44.68%)	.007
CUIDADO DE HIGIENE • NO • SI	50(35.46%) 91(64.53%)	19(40.42%) 28(59.57%)	.374
CUIDADO DE MEDICAMENTO • NO • SI	91(64.53%) 50(35.46%)	29(61.79%) 18(38.28%)	.123
CUIDADO DE EJERCICIO • NO • SI	91(64.53%) 50(35.46%)	29(61.70%) 18(38.29%)	.123

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 14. ÁREAS DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO AL CONTROL GLUCÉMICO.

AREAS APOYO FAMILIAR	CONTROL DE GLUCOSA		*p
	DESCONTROLADA N=141	CONTROLADA N=47	
APOYO AFECTIVO • CON • SIN	66(46.80%) 75(53.19%)	19(40.42%) 28(59.57%)	.580
APOYO VALORATIVO • CON • SIN	104(73.75%) 37(26.24%)	32(68.08%) 15(31.91%)	.567
APOYO INFORMATIVO • CON • SIN	75(53.19%) 66(46.80%)	28(59.57%) 19(40.42%)	.580
APOYO INSTRUMENTAL • CON • SIN	74(52.48%) 67(47.51%)	29(61.70%) 18(38.29%)	1.210

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON BUENA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Pacientes con una edad de 61-70 años un 46.15%(n=24) y de 51-60 años un 32.69 %(n=17), femeninas el 61.53%(n=32), con primaria incompleta 63.46%(n=33), casados 55.76%(n=29), dedicados al hogar 57.69%(n=30), con tiempo de evolución de la diabetes de 6-10 años 65.38%(n=34) y de 1-5 años 30.76%(n=16), con sobrepeso 55.76%(n=29) y obesidad grado I 26.92%(n=14); con otras comorbilidades 40.38%(n=21) como es la hipertensión arterial 28.84%(n=15), dislipidemia 55.76%(n=29), gastritis 30.76%(n=16), obesidad 30.76%(n=16) y depresión 86.53% (n=45).. El apoyo familiar es bajo 32.69%(n=17), sin apoyo en lo afectivo 32.69%(n=17) y con apoyo en lo valorativo 100%(n=52), informativo 65.38%(n=34) e instrumental 65.38%(n=34).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON REGULAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Pacientes con una edad de 61-70 años un 51.28%(n=20) y de 51-60 años un 30.76 % (n=12), femeninas el 66.66%(n=26), con primaria incompleta 64.10%(n=25), casados 56.41%(n=22), dedicados al hogar 64.10%(n=25), con tiempo de evolución de la diabetes de 6-10 años 61.53%(n=24) y de 1-5 años 33.33%(n=13), con sobrepeso 66.66%(n=26) y obesidad grado I 20.51%(n=8); con otras comorbilidades 38.46%(n=15) como es la hipertensión arterial 25.64%(n=10), dislipidemia 51.28%(n=20), gastritis 33.33%(13), obesidad 33.33%(n=13) y depresión 89.74% (n=35).. El apoyo familiar es bajo 92.30%(n=36), con apoyo en lo afectivo 48.71%(n=19) y con apoyo en lo valorativo 92.30%(n=36), informativo 48.71%(n=19) e instrumental 7.69%(n=3).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON MALA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Pacientes con una edad de 61-70 años un 50.51%(n=49) y de 51-60 años un 32.98 % (n=32), femeninas el 63.91%(n=62), con primaria incompleta 70.10%(n=68), casados 62.88%(n=61), dedicados al hogar 54.63%(n=53), con tiempo de evolución de la diabetes de 6-10 años 60.82%(n=59) y de 1-5 años 35.05%(n=34), con sobrepeso 58.76%(n=57) y obesidad grado I 25.77%(n=25); con otras comorbilidades 38.14%(n=37) como es la hipertensión arterial 70.10%(n=68), dislipidemia 55.67%(n=54), gastritis 25.77%(n=25), obesidad 32.98%(n=32) y depresión 84.53% (n=82). El apoyo familiar es bajo 51.54%(n=50), con apoyo en lo afectivo 31.95%(n=31) y con apoyo en lo valorativo 49.48%(n=48), informativo 51.54%(n=50) e instrumental 68.04%(n=66).

TABLA 15. DATOS GENERALES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO A CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

DATOS GENERALES	CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO			*p
	BUENA N=52	REGULAR N=39	MALA N=97	
EDAD <ul style="list-style-type: none"> • 40-50 AÑOS • 51-60 AÑOS • 61-70 AÑOS 	11(21.15%) 17(32.69%) 24(46.15%)	7(17.94%) 12(30.76%) 20(51.28%)	16(16.49%) 32(32.98%) 49(50.51%)	.962
GENERO <ul style="list-style-type: none"> • MASCULINO • FAMENINO 	20(38.46%) 32(61.53%)	13(33.33%) 26(66.66%)	35(36.08%) 62(63.91%)	.881
ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none"> • ANALFABETA • PRIMARIA INCOMPLETA • PRIMARIA COMPLETA 	17(32.69%) 33(63.46%) 2(3.84%)	14(35.89%) 25(64.10%) 0(0.00%)	27(27.83%) 68(70.10%) 2(%)2.06	.644
ESTADO CIVIL <ul style="list-style-type: none"> • SOLTERO • CASADO • DIVORCIADO • VIUDO(A) 	16(30.76%) 29(55.76%) 6(11.53%) 1(1.92%)	13(33.33%) 22(56.41%) 2(5.12%) 2(5.12%)	25(25.77%) 61(62.88%) 10(10.30%) 1(1.03%)	.635
OCUPACION <ul style="list-style-type: none"> • HOGAR • DESEOMPLEADO • EMPLEDADO • PENSIONADO 	30(57.69%) 4(7.69%) 17(32.69%) 1(1.92%)	25(64.10%) 3(7.69%) 11(28.20%) 0(0.00%)	53(54.63%) 6(6.18%) 35(36.08%) 3(3.09%)	.881

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 16. DATOS CLINICOS DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO A CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

DATOS CLINICOS	CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO			*p
	BUENA N=52	REGULAR N=39	MALA N=97	
TIEMPO DE EVOLUCION				.707
• 1-5 AÑOS	16(30.76%)	13(33.33%)	34(35.05%)	
• 6-10 AÑOS	34(65.38%)	24(61.53%)	59(60.82%)	
• 11-15 AÑOS	1(1.92%)	2(5.12%)	1(1.03%)	
• 16-20 AÑOS	1(1.92%)	0(0.00%)	3(3.09%)	
IMC				.201
• PESO BAJO	0(0.00%)	0(0.00%)	1(1.03%)	
• NORMAL	8(15.38%)	2(5.12%)	4(4.12%)	
• SOBREPESO	29(55.76%)	26(66.66%)	57(58.76%)	
• OBESIDAD G1	14(26.92%)	8(20.51%)	25(25.77%)	
• OBESIDAD G2	0(0.00%)	3(7.69%)	9(9.27%)	
• OBESIDAD G3	1(1.92%)	0(0.00%)	1(1.03%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 17. APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO A CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

APOYO FAMILIAR	CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO			*p
	BUENA N=52	REGULAR N=39	MALA N=97	
ALTO	17(32.69%)	2(5.12%)	15(15.46%)	.000
MODERADO	18(34.61%)	1(2.56%)	32(32.98%)	
BAJO	17(32.69%)	36(92.30%)	50(51.54%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 18. AREAS DE COMORBILIDADES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO A CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

AREAS DE COMORBILIDADES	CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO			*p
	BUENA N=52	REGULAR N=39	MALA N=97	
PRESENCIA DE COMORBILIDADES				.964
• SI	21(40.38%)	15(38.46%)	37(38.14%)	
• NO	31(59.61%)	24(61.53%)	60(61.85%)	
HAS				.884
• SI	15(28.84%)	10(25.64%)	68(70.10%)	
• NO	37(71.15%)	29(74.35%)	29(29.89%)	
DISLIPIDEMIA				.885
• SI	29(55.76%)	20(51.28%)	54(55.67%)	
• NO	23(44.23%)	19(48.71%)	43(44.32%)	
GASTRITIS				.630
• SI	16(30.76%)	13(33.33%)	25(25.77%)	
• NO	36(69.23%)	26(66.66%)	72(74.22%)	
OBESIDAD				.954
• SI	16(30.76%)	13(33.33%)	32(32.98%)	
• NO	36(69.23%)	26(66.66%)	65(67.01%)	
DEPRESION				.641
• SI	45(86.53%)	35(89.74%)	82(84.53%)	
• NO	7(13.46%)	4(10.25%)	15(15.46%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

TABLA 19. AREAS DE APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON RESPECTO A CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

AREAS DE APOYO FAMILIAR	CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO			*p
	BUENA N=52	REGULAR N=39	MALA N=97	
APECTIVO				.000
• SIN	17(32.69%)	20(51.28%)	66(68.04%)	
• CON	35(67.30%)	19(48.71%)	31(31.95%)	
VALORATIVO				.000
• SIN	0(0.00%)	3(7.69%)	49(50.51%)	
• CON	52(100%)	36(92.30%)	48(49.48%)	
INFORMATIVO				.187
• SIN	18(34.61%)	20(51.28%)	47(48.45%)	
• CON	34(65.38%)	19(48.71%)	50(51.54%)	
INSTRUMENTAL				.000
• SIN	18(34.61%)	36(92.30%)	31(31.95%)	
• CON	34(65.38%)	3(7.69%)	66(68.04%)	

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 20 Vallejo con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

DISCUSIÓN

A través del presente estudio se evaluó las capacidades de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus y el grado de apoyo familiar.

El autocuidado representa una parte fundamental del tratamiento integral de la diabetes mellitus. Este tratamiento requiere que el paciente realice las siguientes actividades: autocuidado de ojos, auto monitorear la glucemia, autocuidado en la administrar la insulina e hipoglucemiantes orales, llevar un régimen alimenticio, hacer actividad física, auto cuidado los pies y piel, autocuidado en realización de actividades de higiene personal.

Al analizar las encuestas aplicadas a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus se obtuvo una prevalencia de Mala capacidad de actividades de autocuidado además de encontrarse que el paciente no acude regularmente a sus citas médicas. Al investigar las categorías referentes al autocuidado de la Escala de Capacidades de Autocuidado, se obtuvo el 27.7% con buenas capacidades de autocuidado, el 20.7% con regular capacidad de autocuidado, el 51.6% con mala capacidad de autocuidado. Ninguno presento muy buena capacidad de autocuidado.

La capacidad de autocuidado de pacientes con diabetes mellitus en cuidado de ojos fue de 48.93% se encontró con control glucémico. Esto se atribuye a la poca importancia que le da el paciente al cuidado de sus ojos y a la escasa información que tiene para su cuidado.

La capacidad de autocuidado de paciente con diabetes mellitus en cuidado de alimentación fue de 74.46% se encontró en control glucémico, esto se atribuye en múltiples ocasiones por la mala alimentación que tiene el paciente, a pesar de que recibe indicaciones médicas y nutricionales.

La capacidad de autocuidado de paciente con diabetes mellitus en cuidado de Glucosa fue de 68.08% en control glucémico, esto debido a que el paciente no cuida sus nivel de glucosa.

La capacidad de autocuidado de paciente con diabetes mellitus en cuidado de pies y piel fue de 44.68% en control glucémico, debido a que el paciente tiene

poca información de su cuidado, ya que no le toma la importancia suficiente para cuidar de ellos.

La capacidad de autocuidado de paciente con diabetes mellitus en cuidado de Higiene 59.57% en control glucémico, debido a que la mayoría de los pacientes se encuentran con la capacidad de elaborar actividades de higiene personal pero no la realizan adecuadamente por lo que complican el cuadro.

La capacidad de autocuidado de paciente con diabetes mellitus en cuidado de Medicamento en 38.28% en control glucémico, a causa de que los pacientes no toman con regularidad su medicamento por olvido, por no querer tomarlo o suministrar la inyección de insulina ya que le resulta una mala experiencia.

La capacidad de autocuidado de paciente con diabetes mellitus en cuidado de ejercicio en 38.29% en control glucémico debido a que el paciente no realiza actividades físicas, mencionado la falta de tiempo, la falta de espacios para realizar la actividad, así como la falta de motivación por parte del equipo médico.

En relación a la categoría de apoyo familiar en la Escala de Apoyo Familiar se obtuvo el 18.1% con alto grado de apoyo familiar, 27.1 % con moderado grado de apoyo familiar, y el 54.8% con bajo grado de apoyo familiar.

Se identificó en cuanto las áreas de apoyo familiar, el 40.42% con apoyo afectivo y control glucémico, esto debido a que el paciente siente que no recibe muestras de cariño suficientes implicando falta de sentimiento de pertenencia hacia la familia y complica el cuidado de su enfermedad. El 68.08% con apoyo valorativo y control de glucosa, esto es debido a que paciente se siente poco valorado por parte de la familia lo que ocasiona que la mayor parte del tiempo se siente deprimido, e influye en el poco cuidado que se tiene para su enfermedad. El 59.57% apoyo informativo y control glucémico, esto es debido a que el paciente siente que la comunicación es mala con la familia ocasionando un mal apego al tratamiento y el escaso cuidado de su enfermedad. El 61.70% con apoyo instrumental y control glucémico, esto es debido a que el paciente percibe que la familia no realiza actividades para el cuidado de su enfermedad por lo que complica el cuidado de su enfermedad.

La puntuación obtenida se puede inferir que los pacientes pueden tener mala capacitación de autocuidado en Diabetes Mellitus, ocasionando mayor probabilidad de múltiples complicaciones como lo es neuropatía diabética, retinopatía diabética e insuficiencia renal crónica.

La investigación de factores relacionados con la familia, demostró que hay una fuerte correspondencia entre la familia desintegrada y la falta de práctica del autocuidado. Así la probabilidad de no auto-cuidarse fue mayor en los pacientes con problemas de apoyo familiar. En México, un estudio reciente indico que los pacientes diabéticos con familias funcionales tenían mejor control metabólico y el 60 % de ellos conocían y practicaban el autocuidado de la salud (47).

Se considera que la Diabetes Mellitus es una enfermedad de alta complejidad y que la mayoría de las personas con el tipo 2 es diagnosticada en su fase adulta, lo que impone un desafío para los educadores de la salud frente a las peculiaridades del proceso de aprendizaje de individuos adultos con la finalidad de garantizar intervenciones efectivas, que realmente favorezcan la incorporación del autocuidado para el manejo de la enfermedad.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como la Diabetes Mellitus, implica que la persona debe adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida. Delante de esa circunstancia, puede ocurrir el abandono de parte o de todo el tratamiento prescrito. Por ser una enfermedad que requiere atención permanente, la adhesión al tratamiento tiende a ser baja, consecuentemente el control metabólico es insatisfactorio. Un estudio similar mostró que solamente una pequeña fracción de personas con diabetes tipo 2 realiza un seguimiento regular en las instituciones de salud y apenas 25 a 40% alcanzan el control metabólico deseado (48).

La condición de enfermedad crónica coloca a las personas con diabetes frente a la necesidad del autocuidado durante toda la vida. Esa condición es uno de los factores determinantes para el seguimiento del tratamiento propuesto.

Cuando la capacidad de autocuidado está perjudicada, una de las consecuencias de esto puede ser el control metabólico insatisfactorio.

En esa dirección, le cabe al equipo de salud fortalecer la capacidad de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus mediante la implementación de estrategias educacionales innovadoras, que posibiliten la adquisición de conocimientos y desarrollo de actitudes para el manejo del tratamiento, a fin de obtener un buen control metabólico (49).

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos permitieron determinar que la mayoría de las personas con diabetes mellitus presentó mala capacidad de autocuidado (51.6%), la que está relacionada con variables sociodemográficas y clínicas.

En cuanto a la capacidad de autocuidado en relación al sexo, se verificó que las mujeres investigadas presentaron mejor capacidad de autocuidado que los hombres. Se encontró mejor capacidad de autocuidado de los sujetos en el intervalo de edad de 61 a 70 años. En relación a la escolaridad se verificó que las personas con el grado de estudio de primaria presentaron mejor capacidad de autocuidado. En lo que se refiere al tiempo de la enfermedad se obtuvo que, cuanto más tiempo la persona tiene diabetes mellitus, peor es su capacidad de autocuidado. La ausencia de Apoyo familiar favorece el mal control metabólico del paciente, en este estudio se encontró que la falta de apoyo afectivo y valorativo afectan de forma indirecta el cuidado del paciente, puesto que este se siente degradado y olvidado, ocasionando la falta de interés en el paciente sobre el apego de su tratamiento, mientras que el apoyo informativo e instrumental afectan de forma directa al paciente, ya que no cuenta con los recursos necesarios para el cuidado de su enfermedad, por lo que sufre complicaciones, como lo es la insuficiencia renal y el pie diabético.

Esos resultados apuntan que la capacidad de autocuidado de la persona con diabetes mellitus está vinculada a múltiples factores, que merecen la atención de los profesionales de la salud en lo que se refiere a la proposición de programas de educación. Los hallazgos obtenidos en el presente estudio contribuyen con la comprensión de los factores sociales y culturales como dimensiones importantes del autocuidado. La escasez de estudios enfocando la capacidad de autocuidado en el control de la Diabetes Mellitus constituyó una limitación para la comprensión de las implicaciones de los resultados obtenidos en el presente estudio. Por esa razón, es necesario desarrollar otros estudios en México, que contemplen otras variables que puedan estar relacionadas a la capacidad de autocuidado, así se podrán efectuar futuras comparaciones.

RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar estrategias educativas en los tres niveles de atención como parte integral del tratamiento, ya que de esta forma se dará un mejor seguimiento en el paciente, también considerar la importancia de implementar estrategias de orientación y apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia para mejorar la calidad de vida del paciente.

Es importante continuar con líneas de investigación ya que actualmente no se cuenta con mucha información que fortalezca Activación de capacidades de autocuidado del enfermo.

Establecer y evaluación de metas personales para que el paciente conozca sus logros y fracasos en el cuidado de la enfermedad.

Desarrollo de habilidades de modificación de estímulos ambientales, negociación de diferentes tipos de apoyo, auto reforzamiento y auto motivación.

Aprendizaje de habilidades para el control y vigilancia de la enfermedad: cuidado específico de su enfermedad y uso de fármacos.

Aprendizaje de técnicas de auto monitoreo (glucosa capilar presión arterial conteo de grasas, actividad física) y el paciente pueda evitar caer en complicaciones.

Darle a conocer la Importancia de la actividad física al paciente, y determinar la actividad que puede realizar de acuerdo a las características del mismo, si llegar a presentar algún riesgo y mejorar el metabolismo glucémico.

Se debe brindar intervenciones que favorecen la participación del paciente y la familia en la toma de decisiones de factores importantes del tratamiento para mejorar la responsabilidad personal y la independencia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Organización Panamericana de la Salud. Educación sobre diabetes. E.U 1996. 3-4 pp.
2. Gallego F. Calidad de la asistencia al paciente con Diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de una consulta de atención primaria. Av Diabetol. 2002; 18(2): 84-93.
3. Educación para la Diabetes. Diabetes Voice. Perspectivas mundiales de la diabetes. 2007; 52.
4. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344(18):1343-50
5. Hernández M, Gutiérrez JP, Reynoso N et. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica en México.2013; 55(2).
6. Guía de Práctica Clínica. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-2011; 718(14): 10-11.
7. Reporte de Diabetes Mellitus. Gobierno del estado de México, CEVECE 2016; 3-43 .
8. 4 Carga económica de la diabetes mellitus en México 2013. Fundación Mexicana para la salud A.C 2015.
9. Rodríguez RA, Reynales LM, Jiménez JA, et. Costos directos de atención medica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de micro costeó. Rev Panam Salud Publica 2010; 28(6):412-113.
10. Ramírez M, Bautista L. Relación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para auto cuidarse de los adultos con enfermedad diabética. Actual Enfer. 2008; 11(2): 15-16.

11. PAHO Foundation, "Diabetes Is Cutting Lives Short in Latin America", Retrieved June 3, 2014, from <http://www.pahofoundation.org/en/64-news/2011/244-diabetes-is-cutting-lives-short-inlatin-america.html>
12. Valero K, Marante D, Torres M, Ramírez G, et. Complicaciones micro vasculares de la diabetes. Rev. Venez. Endocrinología y Nutricion. Metab. Mérida oct 2012; 10(1): 111-134.
13. Medellín B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Enferm. Inst. Mex., Seguro Soc 2007; 15(2): 91-98.
14. Contreras A, Contreras A, Hernández C, et. Capacidades de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Investigación Andina 2015; 26(15):108.
15. Pereda M, explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex) 2011; 10(3):163-167.
16. Gil L, Rivera G, Benítez E. Beneficios de un programa educativo domiciliario de autocuidado en el paciente con enfermedad crónica. Rev Salud Pública Nutr 2000; <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imms/069.htm>
17. Landeros E A, El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000; 8(1-4): 56-59.
18. Otero LM, Zanetti ML, Souza CRT. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15:768-73.
19. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición 2012; 29-180.
20. Ramírez M, Bautista L . Relación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para auto cuidarse de los adultos con enfermedad diabética. Actual Enfer. 2008; 11(2): 15-16.
21. Romero I, Dos Santos M, Aparecida T. Autocuidado con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencias en México. Rev. Latino-Am Enfermagem 2010; 18(6):3-4 .

22. Herrera A, Andrade Y, Hernández O. Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de auto cuidado, Cartagena. Av. Enferm. 2012; 30(2):39-46.
23. Gallegos EC. Validez y confiabilidad de la versión en español de La Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado. España: Revista Desarrollo Científ Enferm. 1998; 6(9): 260.
24. Ávila J, Ceron O, Asociación de control glucémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med Chile 2013; 141: 173-180.
25. Colomo N, Acero N, Muñoz F, et. Evaluación longitudinal de la exploración del pie en una cohorte de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Av Diabetol 2010; 26: 83-178.
26. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernández APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006; 14(5):728-34.
27. National center for Chronic Disease Prevention and Health promotion CDC. Controle su diabetes. Tercera edición Departamento de Salud y servicios Humanos de los Estado Unidos de América 2010.
28. Salina AM, Amaya MA, Arteaga JC, et. Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel. Salud Pública de México. 2009; 51(1): 48-58.
29. Fernández A. Adala TA, Alvara EP, et. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev esp Med Quir 2012; 17(2)94-99.
30. Dennis L, Kasper E, Braunwald A, Fauci S, Hauser D, Longo J, et al. Harrison principios de Medicina Interna. 16ª ed. México: McGraw-Hill; 2005.
31. Esconedo J, Buitron V, Ramírez JC, Diabetes en México. Estudio CARMELA, Cir Cir. 2011; 79:424-43 .
32. Zavala MR, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Revista Aquican-ISSN 1657-5997. 2006; 1(6).

33. Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid, España 2001.
34. Diccionario de medicina Océano Mosby. 4 ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1996.
35. Méndez DM, Gómez VM, García ME, Perez HJ, Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2, Rev Med IMSS 2004; 42(4)281.284.
36. Alfaro J, Simal A, Botella F. Tratamiento de la Diabetes Mellitus. Del sistema Nacional de Salud 2000; 24(2).
37. ADA. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Intramed. Diabetes Care; 2012; 35(1).
38. Cervantes RD, Presno JM, Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células B pancreáticas. Revista de endocrinología y Nutrición 21(3):98.106.
39. Datos duros, Dulce Agonía. Alianza por la salud alimentaria. Abril 2014. 1-2
40. Martínez MA, Krauzou J, Moreno MR, et. Diabetes Mellitus tipo 2: venta de los hipoglucemiantes orales y costo de los tratamientos farmacológicos en México. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. ISSN. 2007; 38. (1): 23-33.
41. Maya A, Hernández J, Luna JS. Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista CONAMED 2008; 13 (2)30-35.
42. Colunga C, García JE, Salazar JG, et. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México 2005. Rev. salud publica 2008; 10 (1): 137-149.
43. Amador MB, Márquez FG, Sabido AS. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivo en Medicina Familiar 2007; 9 (2) 99-45.
44. Ávila L, Cerón D, Ramos RI, Velázquez L. Asociación del control glicémico con el apoyo Familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med. Chile 2013; 141: 173-180.

45. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg. Experimentos médicos permitidos 1047.
46. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendación para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Septiembre 1989.
47. Informe Belmont. U.S.A. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. Observatori de Bioetica i Dret. Parc Científic de Barcelona Abril 18 de 1979.
48. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. secretaria de Salud México (DF); 2001.
49. Rodríguez FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martínez TA, Sousa VD, Cohecimiento e atitudes: componentes.



ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No.20

“Encuesta para identificar las capacidades de autocuidado del paciente con diabetes mellitus de 40 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 20 (IMSS)”.

Instrucciones: Este cuestionario es personal y anónimo, tiene el propósito de conocer las Capacidades de Autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus. A continuación se le formulará algunas preguntas, deberá contestar con la mayor sinceridad, según crea conveniente. Marque con una cruz (X) la respuesta que considere la más adecuada, toda información es confidencial y no se usara para

Formulario de encuesta con campos para: FOLIO, Fecha, Edad, Escolaridad, Género, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN, Índice de Masa Corporal, Tiempo de evolución, and Últimos 3 reportes de Glucosa en sangre.

A continuación se le presentan algunas preguntas relacionadas con la diabetes mellitus y algunas actividades relacionadas con su cuidado, coloque una X en la respuesta que considere a lo que usted siente o realiza.

Table with 7 columns: Question number, Question description, and five frequency response options: NUNCA, POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYORIA DE VECES, SIEMPRE.

4	Puede usted leer la etiqueta del frasco de su medicina					
5	Puede recordar el horario indicado para tomar sus medicinas para la diabetes.					
6	Es capaz de reconocer los alimentos que puede comer para su diabetes.					
7	Puede preparar la dieta indicada para la diabetes					
8	Puede usted reconocer cuando se siente confundido o mareado.					
9	Puede usted identificar si tiene su piel seca.					
10	Reconoce usted cuando su azúcar en la sangre está muy alta.					
11	Puede usted hacer cambios en su dieta cuando sube de peso					
12	Puede usted seguir el tratamiento indicado para su diabetes en lo referente a cumplir su dieta.					
13	Es capaz de tener voluntad para cumplir la dieta, si esto significa controlar su diabetes.					
14	Es capaz de realizar actividades de la vida diaria y cumplir con el tratamiento de la diabetes.					
15	Tiene usted problemas para cumplir con sus prácticas de higiene personal diaria como el baño y lavado de dientes.					
16	Es usted capaz de solicitar atención de servicio de salud cuando su azúcar sanguínea está descontrolada.					
17	Si las cifras de azúcar en la sangre en una persona con diabetes son mayores en 180 mg. Acude a con su médico.					
18	La dieta para diabético la consume					
19	Se aplica su insulina o toma su pastillas para diabetes según la cantidad y horario indicada					
20	Revisa sus pies diariamente y reconoce si existen cambios en ellos.					
21	Acudo a consulta médica para control y regreso a tiempo para la siguiente cita.					

22	Realiza ejercicio					
-----------	--------------------------	--	--	--	--	--

Las siguientes preguntas tienen el propósito de conocer el grado del cuidado familiar que percibe deberá contestar con la mayor sinceridad, según crea conveniente. Marque con una cruz (X) la respuesta que considere la más adecuada.

ITEMS	Siempre	A veces	Nunca
Apoyo Afectivo			
1.-Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.			
2.-Sus familiares le escuchan cuando Ud. tiene algún problema preocupación o necesita algo.			
3.-Se siente comprendido por sus familiares.			
4.-Considera que entre usted y sus familiares existen la confianza suficiente para guardar un secreto.			
Valorativo			
5.-Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares			
6.-Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.			
7.-Considera que sus familiares están orgullosos de usted.			
Informativo			
8.-Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación de su interés.			
Instrumental			
9.-Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros.			
10.-Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 3
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>“CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20 (IMSS)”.</i>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas Ciudad de México a ____ de Enero del 2017 Delegación G.A.M.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El propósito de este estudio es dar a conocer valoraciones diagnósticas, planeación del autocuidado y actividades para desarrollar habilidades que les permitan a las personas cuidarse por sí mismas en sus hogares, y de esta forma contribuir en la disminución de complicaciones e ingresos hospitalarios. 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. Objetivo del estudio: Determinar las capacidades de autocuidado del paciente con diabetes mellitus de 40 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 20 (IMSS)
Procedimientos:	Si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente: Llenare un cuestionario con mis datos personales, y contestaré 1 cuestionario de apego al tratamiento. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Posibles riesgos y molestias:	El estudio no produce ningún riesgo ni molestia; a excepción del tiempo que llevará contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se informara acerca de los resultados obtenidos con el estudio, es decir de el apego al tratamiento en la población, con el fin de mejorar el control metabólico del paciente diabético.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio:

Los resultados del estudio contribuirán a detectar autocuidado del paciente para el control metabólico los pacientes con diabetes mellitus con edad de 40 a 50 años y realizar estrategias para mejorar la calidad de atención.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación.

Colaboradores:

DR. ENRIQUE JESÚS RAMÍREZ IBARRA Residente de Tercer Año de Medicina Familiar Adscripto a la Unidad de Medicina Familiar Numero 20

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013