



**INSTITUTO DE ESTUDIOS
AVANZADOS UNIVERSITARIOS PLANTEL ATLIXCO
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8512-61**



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO CON DM2
ADSCRITO A UN CENTRO DE SALUD DE ATLIXCO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:
ABIGAIL CONTRERAS FLORES**

**ASESOR DE TESIS:
MTRA. LETICIA RAMÍREZ CAMACHO**

Puebla, Pue. 2023



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.

FIRMA DE JURADO

Mtra. Leticia Ramírez Camacho

Presidente

Mtra. María del Rosario López Huerta

Secretario

Mtra. Gabriela Vásquez Rodríguez

Vocal

Dedicatoria

A dios, por guiarme y darme la sabiduría para lograr cada meta.

A mi madre por siempre apoyarme en todos mis sueños, por la confianza y el sacrificio que hizo para que lográramos todo esto juntas.

A mi abuelo Antonio Flores y a mi abuela Luz María Vázquez por siempre estar en sus oraciones y por todos los consejos durante mis años de estudio, sin ellos no hubiera sido posible llegar a donde estoy.

A mi tío Jonathan Flores por siempre confiar y animarme a siempre ser mejor persona y motivarme a llegar siempre lejos.

A mis primos y amigos por cada palabra motivadora.

Resumen

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios, esta enfermedad ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. Objetivo: Conocer la importancia que tiene el autocuidado en el adulto joven con Diabetes Mellitus tipo II. Método: Estudio cuantitativo no experimental que se aplicara de manera transversal, con 124 pacientes seleccionados a través de criterios de inclusión a los cuales se les aplico una encuesta. Resultados: La población estudiada tiene un rango de edad de 19 a 45 años, predomino el sexo femenino, el nivel de escolaridad preparatoria, en las acciones de autocuidado se valoró el tipo de alimentación, el descanso suficiente, la actividad física, el pedir orientación sobre su tratamiento, aseo personal, en general la población no tiene el adecuado conocimiento sobre las acciones de autocuidado. Conclusión: La mayor parte de la población no realiza las acciones adecuadas de autocuidado recomendadas por el personal de salud debido a la falta de interés o a la falta de tiempo por el trabajo o labores del hogar, algunos participantes muestran tener conocimiento adecuado para llevarlo a cabo. Al tener conocimiento sobre esta situación, surge la necesidad de hacer recomendaciones a los pacientes y a las personal de enfermería, recordar la importancia que tiene el realizar acciones de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población. Palabras clave: adulto joven, autocuidado, Diabetes Mellitus Tipo II.

INDICE

Capítulo I	7
1.1 Planteamiento del Problema	7
1.2 Propósito	9
1.3 Marco Teórico: Teoría del Autocuidado	10
1.4 Estudios Relacionados	18
1.5 Definición Operacional	20
1.6 Objetivo General	22
1.7 Objetivos Específicos	22
Capitulo II	23
2.1 Diseño de estudio	23
2.2 Población, Muestreo y Muestra	23
2.3 Criterios de inclusión	23
2.3.1 Criterios de exclusión	23
2.3.2 Criterios de eliminación	23
2.4 Instrumento de medición	23
2.5 Procedimiento para la recolección de datos	24
2.6 Ética del estudio	25
Capitulo III	26
3.1 Estadística Descriptiva	26
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	35
Capitulo IV	36
Discusión	36
4.1 Limitaciones	36
4.2 Conclusión	37
4.3 Recomendaciones	38

4.4 Referencias bibliográficas	39
4.5 Apéndices.....	40

Capítulo I

1.1 Planteamiento del Problema

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) como una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios, esta enfermedad ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina (OMS, OPS, 2021)

Según la OMS el número de personas con diabetes pasó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2019. La prevalencia de esta enfermedad ha venido aumentando más rápidamente en los países de renta baja y de renta mediana que en los de renta elevada. En 2019, la DMII fue la novena causa más importante de muerte: según los cálculos, 1,5 millones de defunciones fueron consecuencia directa de esta afección (OMS, 2022).

Según la OMS y la OPS se estima que 62 millones de personas en las Américas viven con DM2. Este número se ha triplicado en la Región desde 1980 y se estima que alcanzará la marca de 109 millones para el 2040, La prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. En las Américas, en 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte (OPS, OMS, 2021).

Para México, durante el 2018 reportaron 8 542 718 personas con un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo con los datos de mortalidad para 2020, se reportaron 151 019 de fallecimientos los cuales correspondieron a defunciones por DMII, en 2020, la DMII pasó a ser la

tercera causa de defunciones, superada por el COVID 19 y las enfermedades del corazón (INEGI, 2021).

En el estado de Puebla según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se diagnosticaron 8 mil 182 casos de DMII, se destaca que la mayoría de estos casos son personas del sexo femenino, por esta razón el estado de Puebla se colocó en el número 15 a nivel nacional. En el estado se reportaron 658 personas internadas lo cual hizo que Puebla ascendiera al nivel 9 en el país. Los datos del INEGI refieren que en el municipio de Atlixco es preocupante esta situación debido a que el 70% de quienes tuvieron un desenlace final por ese padecimiento degenerativo tenían entre 35 y 57 años de edad, y de cada 100 pacientes con diabetes, 14 presentan algún trastorno renal y de cada cinco, dos desarrollan ceguera y problemas cardiovasculares (INEGI, 2021)

La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) fue creada por Evers con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de autocuidado, la escala ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de Autocuidado (AC) y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos (revista de enfermería, Dic 2017).

El estudio titulado “Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2” escrito por (Vite Solórzano, et al, 2019) dice que la falta de AC en los pacientes con DMII es un factor relevante, pues se estima que el 50% de ellos iniciará con albuminuria persistente, el signo más precoz de la enfermedad renal diabética. El estudio “Prácticas de autocuidado de los pacientes

ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2” escrito por (Elizabeth A, Marilyn M, Guillermina R, 2019) explica que es complejo lograr la conciencia del AC en las personas, debido a la variación de los elementos culturales, sociales y económicos. Se estima que una proporción de diabéticos no conoce su enfermedad y no ha concienciado la necesidad del autocuidado. Un estudio más titulado “Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico” escrito por (Aremis Villalobos, et al, 2021) dice que tener baja escolaridad, pertenecer al estrato económico bajo y hablar lengua indígena incrementan las posibilidades de no realizar acciones de autocuidado. Por el contrario, al incrementarse la edad, se disminuyen las posibilidades de autocuidado.

1.2 Propósito

El presente estudio tiene como finalidad concientizar y educar nosotras como enfermeras a los pacientes con DMII sobre la importancia que tiene el adoptar hábitos buenos y como consecuencia tener un estilo de vida sano y mejorar la calidad de vida, tanto como evitar complicaciones futuras por no tener conocimientos, de esta manera tendremos una población más sana con respecto a la DMII.

Este trabajo de investigación tiene un papel sumamente importante en la sociedad debido a que trata de buscar una solución efectiva para poder educar a la población con DMII y como enfermeras nuestra función sería identificar hábitos poco saludables, apoyar a los pacientes en las dudas que tengan respecto a su tratamiento como en el apoyo psicológico, mediante un programa educativo de salud.

1.3 Marco Teórico: Teoría del Autocuidado

A continuación se describen los principales conceptos de la teoría del autocuidado, creada por la autora Dorothea Elizabeth Orem en el año de 1969. La teoría surgió por la necesidad de explicar y ejercer el término autocuidado.

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Orem, 1969)

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipo de requisitos: 1) Requisito de autocuidado universal, 2) Requisito de autocuidado del desarrollo 3) Requisito de autocuidado de desviación de la salud. (Orem, 1969)

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica. Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado

requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar. Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. (Orem, 1969)

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. (Orem, 1969)

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona. (Orem, 1969)

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (Orem, 1969)

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. (Orem, 1969)

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. (Orem, 1969)

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita. (Orem, 1969)

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para

aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan. (Orem, 1969)

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros. (Orem, 1969)

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera. (Orem, 1969)

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son: A) Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos, B) Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos, C) Acciones expresivas interpersonales, D) Secuencia de acción para controlar factores externos. (Orem, 1969)

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son: A) Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos, B) Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo. Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción

intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para: A) Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos, B) Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente C) Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas, D) Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo. (Orem, 1969)

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (Orem, 1969).

La teoría de los Sistemas de Enfermería

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son: a) La Enfermera, B)El paciente o grupo de personas, C)Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos, D)Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas, E)Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas,

F) Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería, G) Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud, H) Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro. (Orem, 1969)

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: A) Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad, B) Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción, C) Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. (Orem, 1969).

La relación de la teoría con el tema de investigación es que ambos buscan mejorar y ayudar al paciente a llevar a cabo acciones de AC para obtener buenos resultados respecto a su enfermedad, que en este caso es la DMII y saber las consecuencias que conlleva el no ser responsable ante esta situación. Por otra parte el profesional de enfermería es quien identifica cada una de las fallas que están teniendo nuestros pacientes, así mismo toma un papel estratégico para

identificar como el adulto joven percibe el AC debido a la explicación que se quiere dar a entender ya que una persona que alcanza el AC en todos los aspectos se considera una persona sana y logrando concientizar a los pacientes, nuestra población con DMII alargaría más su vida y la calidad de vida sería mejor.

Figura 1.

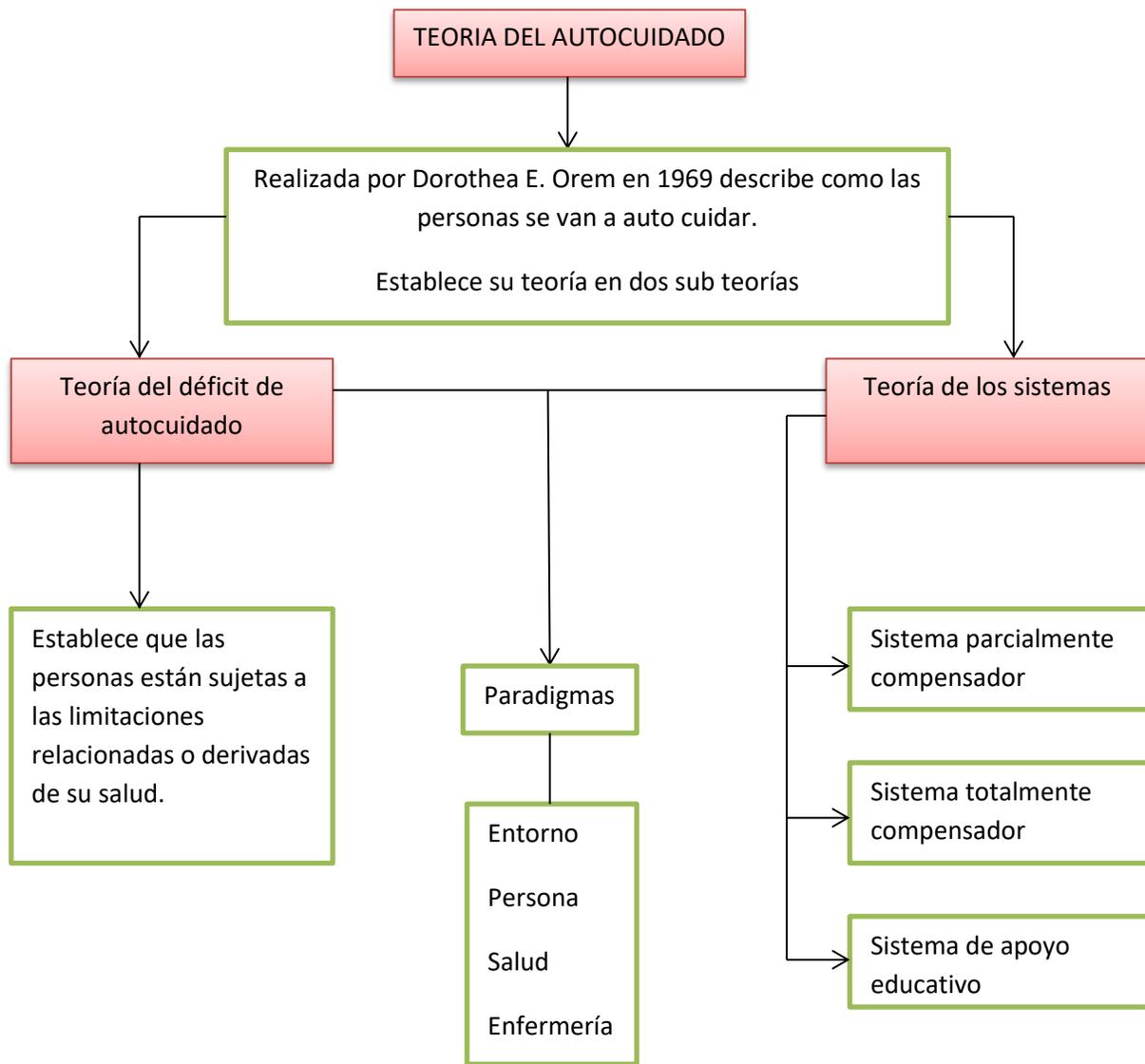


Figura 1: imagen ilustrativa de la teoría del autocuidado de la autora Dorothea Elizabeth Orem en el año 1969, que explica el modelo.

1.4 Estudios Relacionados

El estudio titulado “Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2” escrito por los autores Vite Solórzano, et al, 2020, trabajaron con una población de estudio fue de 355 pacientes, es un estudio, descriptivo transversal no experimental donde los hechos, serán descritos tal cual como son observados y al mismo tiempo estudiando la asociación entre variables, Entre los resultados más relevantes de esta investigación se resalta que un 5% de la muestra respondió de forma positiva respecto a los si realizaban ajustes en sus hábitos de vida para mantenerse saludables; mientras que un 2% respondió negó hacerlo. Un 5% de la muestra estudiada da prioridad a las acciones que mantienen y protegen la salud; mientras que un 2% negó hacerlo. Un 4% de la muestra estudiada busca formas de cuidar su salud mientras que un 5% negó hacerlo. Un 4 % respondió que se le alimentan de acuerdo a la su situación de salud y mantienen un peso adecuado; mientras que un 4% negó hacerlo Un 7% de la muestra no realiza ejercicios ni descansa durante el día mientras que un 3% de la muestra si lo hace. Un 5% no puede dormir lo suficiente para sentirse descansado mientras que un 4% si lo hace. Un 5% aseveró pedir información sobre su salud cuando no entiende lo que le recomiendan mientras que un 2% no lo hace. Un 4% de la población revisa su cuerpo para saber si hay algún cambio; mientras que un 4% no lo hace. Un 4% de la población afirma haber sido capaz de cambiar hábitos no beneficiosos con tal de mejorar la salud; mientras que un 5% no lo hace. Un 4% de la población afirma pedir información sobre los nuevos medicamentos; mientras que un 4% no lo hace.

El estudio “Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2” Se realizó un estudio descriptivo transversal en un hospital de tercer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se conformó una muestra de 80 personas, En cuanto a los hábitos higiénicos y cuidado de la piel,

el 73.8% de los pacientes tenía piel seca, con la presencia de descamación (35.5%) y prurito (53.8%), localizado en piernas, pies y tobillos (48.8%). Cabe señalar que el 22.5% (18) y 41.2% (33) de los pacientes realiza actividad física por 30 minutos diarios y asiste a la consulta de nutrición. De estos últimos, el 26.2% lleva a cabo las prácticas de alimentación relativa a la DM2, al incluir frutas y verduras (57.2%) y disminuir el consumo de azúcar (28.5%) en la dieta habitual, El 53.8% (43) de los pacientes tienen conocimiento sobre DM2 y sus complicaciones. Sin embargo, solo el 6.9% de ellos, señaló que las principales complicaciones son: retinopatía, neuropatía, nefropatía y pie diabético; al respecto, el 25.5% reconoce solo una, el 46.5% mencionó dos y el 20.9% indicó tres complicaciones de la DM2. Del 57.5% (46) de los pacientes que realiza el monitoreo de la glucosa capilar, el 69.5% (32) lo hace una vez por día y el 36.9% (17) lo registra en bitácora. El nivel de aplicación de las prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con DM2, fue bueno en tres dimensiones: Hábitos higiénicos (52.5%), Hábitos dietéticos (72.5%), y Sueño y Descanso (67.3%). En las dimensiones de actividad física (62.5%) y conocimiento (73.8%) el nivel fue bajo; no obstante, el 22.5% de los pacientes alcanzaron un nivel muy bueno en actividad física, es decir, estos pacientes seguían la recomendación de 30 minutos diarios de ejercicio.

El estudio titulado “Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos” (Ismael Antonio Morales Ojeda, 2019), Estudio descriptivo, observacional cuantitativo, realizado en 60 pacientes diabéticos pertenecientes a centros de salud. Se utilizó un cuestionario aplicado durante la asistencia de los usuarios a control. Del total de la muestra, 70 % tenía antecedentes familiares de diabetes, 65,5 % poseía escolaridad básica, 41,6 % desconocía el tipo de calzado necesario para prevenir pie diabético, 11,7 % declaró no saber cómo realizar una correcta higiene de pies, 58,3 % refirió asistir al podólogo y 22,4 % había presentado alguna herida en sus pies. Se observó un alto

consumo de pan, bajo consumo de frutas, verduras y agua. El 30 % conocía los efectos adversos del consumo de alcohol.

El estudio “Intervención educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II” (Revista Cubana de Reumatología, 2022) se realizó una investigación aplicada, cuasi experimental, donde el universo estuvo constituido por 115 pacientes con diagnóstico conformado de diabetes mellitus tipo II. La muestra quedó conformada por 90 pacientes; se determinaron el nivel de conocimiento y de control glucémico de los pacientes, sus características y las de la enfermedad. Se utilizó el cuestionario Diabetes Knowledge Questionnaire para determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado. El promedio de edad de 53 a 87 años con predominio de femeninas (73,33 %). Al inicio de la investigación predominaron pacientes con sobrepeso (53,33 %), complicaciones de la diabetes (68.89 %), nivel de conocimiento entre regular y malo (60,0 %) y control glucémico entre admisible e inadecuado (72,22 %). Después de implementado la intervención educativa el 81,33 % presento nivel de conocimiento entre bueno y excelente y 56,56 % de los pacientes presentó un control glucémico entre adecuado y normal.

1.5 Definición Operacional

El autocuidado según la OMS es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades de promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional sanitario. El autocuidado reconoce a las personas como agentes activos en la gestión de su propia atención de la salud, en ámbitos como la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación, la prestación de servicios de atención a personas dependientes, y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. Las intervenciones de auto asistencia son instrumentos de base empírica y de calidad en los que se fundamenta la auto asistencia. Comprenden los medicamentos, la orientación,

el diagnóstico y/o las tecnologías digitales a las que se puede acceder, total o parcialmente, fuera de los servicios de salud formales. En función de la intervención, pueden utilizarse con o sin la supervisión directa del personal sanitario. (OMS, 2022)

Un adulto joven es toda aquella persona que ha dejado atrás la adolescencia y que todavía no ha entrado en la madurez o adultez intermedia. Las edades en las que se considera que una persona está en esta etapa varían de un autor a otro; sin embargo, aproximadamente se suelen situar entre los 19 y los 40 años. Esta etapa es una de las más largas en la vida de las personas, y también una de las que más cambios incluyen; por eso, su estudio es fundamental para comprender las dificultades características de los jóvenes adultos. Sin embargo, hasta tiempos muy recientes la psicología del desarrollo había dejado de lado a este sector de la población. (Lifeder, 2021)

La Diabetes Mellitus tipo 2 (denominada anteriormente diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina por el organismo. Más de un 95% de las personas con diabetes presentan la de tipo 2, que se debe en gran medida al exceso de peso y a la inactividad física. Los síntomas pueden parecerse a los de la diabetes de tipo 1, pero son a menudo menos intensos, por lo que puede ocurrir que la enfermedad sea diagnosticada varios años después de que se manifiesten los primeros síntomas, cuando ya han surgido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad se da cada vez con más frecuencia en niños. (OMS, 2022)

1.6 Objetivo General

Describir el nivel de autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 adscrito a un centro de salud de Atlixco

1.7 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio
2. Conocer la alimentación que llevan a cabo para cuidarse a sí mismos.
3. Medir el conocimiento de actividad física que realizan para mantener su salud.
4. Conocer cuáles son los hábitos desfavorables que tienen.

Capítulo II

2.1 Diseño de estudio

Dado que el objetivo de estudio de esta investigación será analizar el autocuidado en el adulto con DMII, se recurrió a un diseño cuantitativo no experimental descriptivo que se aplicara de manera transversal.

2.2 Población, Muestreo y Muestra

La población serán adultos cuyo rango de edad será de los 19 a los 40 años con DM2 en el municipio de Atlixco; Puebla. El tamaño de la muestra fue realizado por medio de una fórmula estructurada en un formato de Excel, la muestra será aplicada a 124 personas que cumplan con las características, por lo que el muestreo será probabilístico estratificado ya que divide a la población en subgrupos que comparten ciertas características.

2.3 Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 19 a 40 años de edad diagnosticados con DM2 del municipio de Atlixco que realicen hábitos de autocuidado diariamente y que quieran participar activamente en el estudio.

2.3.1 Criterios de exclusión

Hombres y mujeres menores de 19 años y mayores de 46 años que no estén diagnosticados por la parte médica como portadores de DM2.

2.3.2 Criterios de eliminación

Cuestionarios que estén contestados de manera incorrecta o errónea y personas que manifiesten no querer ser partícipes del estudio.

2.4 Instrumento de medición

Se utiliza la escala ASA se compone 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, la puntuación 1 corresponde a nunca, 2 a casi nunca, 3 a casi siempre y 4

a siempre, por tanto, un puntaje global (suma de todos los ítems) de 96 corresponde a una capacidad máxima de autocuidado y un puntaje de 24 corresponde a una capacidad mínima de autocuidado. La escala establece, además, rangos de categorías de: alto con puntajes mayores a 76; medio con puntajes iguales o mayores a 70 y menores a 75 y bajo con puntajes menores a 69. La escala presenta tres ítems invertidos, que deben corregirse para la puntuación global, correspondiente a: ítem 6 “Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo”; ítem 11 “Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llegó a hacerlo” e ítem 20 “Por realizar mis ocupaciones diarias me resulta difícil que tenga tiempo para cuidarme”, de manera tal que la puntuación 1 corresponde a siempre y 4 a nunca, cada individuo puede obtener un puntaje de 24 a 120 puntos.

2.5 Procedimiento para la recolección de datos

En primer lugar se solicitó la autorización del Comité Académico de Investigación y Estudios de Posgrado y al Comité de Ética de Enfermería del Instituto de Estudios Avanzados Universitarios incorporado a la Universidad Autónoma de México (IDEAUNI, UNAM). En segundo lugar se realizó una visita a las autoridades del Centro de Salud de Atlixco Puebla, perteneciente a la Jurisdicción V para solicitar la autorización de la aplicación del instrumento a la población, así como el apoyo para el reclutamiento de adultos jóvenes con DMII que cumplan con los criterios de inclusión, apoyada del censo actualizado del centro de salud donde se tienen el control de los adultos jóvenes con esta patología ubicados por sectores, se seleccionaron a los sujetos de estudio y una vez identificados se procedió a ir al centro de salud para ser captados por primera vez y solicitarles su participación de manera voluntaria, explicándoles el objetivo del estudio y proponiendo la firma del consentimiento informado.

2.6 Ética del estudio

El presente artículo se apegó a la ley general de salud en materia de investigación para la Salud título segundo, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos (secretaría de salud, 1987, última reforma 2014).

El investigador se debe apegar a los reglamentos éticos en el cual se garantice el bienestar, respeto y derecho de los individuos que participan en el presente estudio en los siguientes artículos. De acuerdo al artículo 13, que nos indica que en toda lo establecido tomó en consideración lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud (SSA, 1984) en materia de investigación en salud, en lo que respecta al: Título segundo.

Prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos de los participantes y su bienestar protegiendo su privacidad durante la investigación al no registrar el nombre en el instrumento y obteniendo resultados de manera general (Título segundo, Cap. 1, Art. 13 y 16).

La presente se considera que fue una investigación sin riesgo porque únicamente se aplicó un cuestionario (Título 2do, Cap. 1, Art. 17, Fracción I). De la misma manera se obtuvo la aprobación de las autoridades universitarias IDEAUNI para la realización del estudio, además de obtener el consentimiento informado de los participantes incluidos en el estudio, explicando clara y completamente la justificación y los objetivos de la investigación, fue firmado por parte de los participantes con la seguridad de que no se identificarían y se mantendría la confiabilidad de la información relacionada con su privacidad tomando en cuenta lo descrito en los Artículos 20; 21, Fracción I y VIII; 22, Fracción II y IV y el 29 (Apéndice E).

2.7 Estrategias De Análisis

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos del cuestionario Escala Valoración de Agencia de Autocuidado son capturados en una base de datos en IBM SPSS Statistics versión 2.1 para posteriormente realizar tablas con porcentajes, sacar medidas de tendencia central como muestra, media moda y de esta manera obtener resultados confiables.

Capítulo III

3.1 Estadística Descriptiva

En la aplicación de los formularios de recolección de datos, de acuerdo a las variables establecidas en esta investigación se obtuvieron 124 usuarios que cumplieron con el criterio de inclusión. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS, para las variables se utilizó la cedula de datos y el formato ASA utilizando la estadística descriptiva.

La edad predominante fue 30 años con un porcentaje de 33%, esto debido a que los encuestados tuvieron edades muy dispersas, 18 personas con 31 años de edad con un 14%, 10 personas de 33 años representando el 7.8%, 7 personas con 34 años obtienen el 5.5%, solo 5 personas con 35 años representan el 3.9%, las personas con 36 años fueron 7 las cuales dan como resultado el 5.5%, las personas con 37 años fueron 5 las cuales dan como resultado el 3.9%, 3 personas con 38 años de edad obtienen el 2.3%, las personas con 39 años de edad son 6 las cuales obtuvieron el 4.7%, 4 personas con 40 años de edad las cuales representan el 3.1%, solo 1 persona con 41 años de edad con el .8%, 3 personas tienen la edad de 42 años dando como resultado el 2.3%, personas con 43 años solo representan el 1.6%, por ultimo solo 4 personas tenían la edad de 44 años representando el 3.1

Tabla 1 Estadística descriptiva formato de la Cedula de Datos

Edad	<i>f</i>	%
30 años	42	32.8
31 años	18	14.1
33 años	10	7.8
34 años	7	5.5
35 años	5	3.9
36 años	7	5.5
37 años	5	3.9
38 años	3	2.3
39 años	6	4.7
40 años	4	3.1
41 años	1	.8
42 años	3	2.3
43 años	2	1.6
44 años	4	3.1
45 años	7	5.5
Total	124	97

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

El género más sobresaliente en esta investigación fue el femenino con 103 participantes representando el 80.5%, en cuanto al género masculino solo fueron 21 participantes dando el 16.4%.

Genero

	<i>f</i>	%
Masculino	21	16.4
Femenino	103	80.5
Total	124	96.9

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

En cuanto a la religión sobresale la religión católica con 124 participantes representada con el 100% de la población.

Religión

	<i>f</i>	%
católico	124	96.9
Total	124	100.0

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

El grado de estudios de la población en estudio refleja que 68 participantes representan el 53.1%, 49 participantes solo cuentan con la secundaria representando el 38.3% y solo 7 personas estudiaron la primaria dando el 5.5% de la población.

Grado de estudio

	<i>f</i>	%
primaria	7	5.5
secundaria	49	38.3
preparatoria	68	53.1
Total	124	96.9

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

En primera estancia con 50 participantes predomina la ocupación de amas de casa con un 39%, 25 personas son empleados los cuales representan el 19.5% por ultimo con 49 participantes se dedican al comercio dando como resultado el 38.3% de la población estudiada.

Ocupación

	<i>f</i>	%
Ama de casa	50	39.1
Empleado	25	19.5
comerciante	49	38.3
Total	124	96.9

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

El ingreso mensual de 39 de los participantes es de \$1000 a \$1500 con el 30.5%, 82 de los participantes tienen un ingreso de \$1500 a \$2000 representando el 64.1% y 3 participantes tienen un ingreso de \$2000 a \$3000 representando el 2.3% de la población en estudio.

Ingreso Mensual

	<i>f</i>	%
\$1000 a \$15000	39	30.5
\$1500 a \$2000	82	64.1
\$2000 a \$3000	3	2.3
Total	124	100

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

De la población en estudio 31 personas tienen viviendo con DM tipo 2 un año las cuales representan 24.2% de la población, 42 participantes llevan de 2 a 5 años viviendo con DM tipo 2 con el 32.8%, 38 participantes tienen de 5 a 10 años viviendo con esta enfermedad representando

el 29.7% de la población, 13 de las personas en estudio llevan viviendo con DM tipo 2 mas de 10 años los cuales son el 10.2% de la población.

Tiempo viviendo con DM tipo 2

	<i>f</i>	%
1 año	31	24.2
2 a 5 años	42	32.8
5 a 10 años	38	29.7
Más de 10 años	13	10.2
Total	124	100

Frecuencia=*f* Porcentaje= %

Para dar respuesta al objetivo número 2 sobre el conocimiento de las acciones de autocuidado que tiene la población en estudio respecto a la DMII, se identifica que el 54% hace lo necesario para mantenerse con salud, el 93% cambia la frecuencia de bañarse para mantener su cuerpo limpio, el 53% cambia sus hábitos alimenticios para mantener su peso, el 60% examina su cuerpo para notar algún cambio, el 83% saca tiempo para su persona.

Tabla 2. Estadística descriptiva del objetivo específico número 2.

Concepto	F	%
hace lo necesario para mantenerse con salud	54	54%
cambia la frecuencia de bañarse para mantener su cuerpo limpio	93	93%
cambia sus hábitos alimenticios para mantener su peso	53	53%
Examina su cuerpo para notar algún cambio	60	60%
Saca tiempo para su persona.	83	83%

n= 124 Frecuencia=*f* Porcentaje= %

Para dar explicación sobre el objetivo número 3 que es identificar como es el autocuidado en las personas con DMII, se identificó que el 44% busca formas para mejorar su salud, el 19% cambia hábitos para mejorar su salud, el 13% maneja situaciones que lo puedan afectar.

Tabla 3. Estadística descriptiva del objetivo específico número 3.

Concepto	F	%
busca formas para mejorar su salud	44	44%
cambia hábitos para mejorar su salud	19	19%
maneja situaciones que lo puedan afectar	13	13%

$n= 124$ Frecuencia= f Porcentaje= $\%$

Para dar respuesta al objetivo número 4, el 65% le es difícil sacar tiempo para cuidarse, el 11% no tiene las fuerzas para cuidarse, el 100% piensa hacer ejercicio pero no lo hace.

Tabla 4. Estadística descriptiva del objetivo específico número 4.

Concepto	F	%
le es difícil sacar tiempo para cuidarse	65	65%
no tiene las fuerzas para cuidarse	11	11%
Piensa hacer ejercicio pero no lo hace	100	100%

$n= 124$ Frecuencia= f Porcentaje= $\%$

La estadística descriptiva del instrumento ASA reporta lo siguiente de las preguntas realizadas, hago ajustes para mantener mi salud respondieron el 87% con la respuesta siempre, las formas que practico para mantenerme con salud son buenas la respuesta casi nunca obtuvo el 75%, si tengo problema para moverme consigo ayuda, la respuesta con frecuencia recibe el 80%, mantengo limpio el ambiente donde vivo , la respuesta que se obtuvo fue con frecuencia con un 98%, hago lo necesario para mantenerme con salud, la respuesta fue con frecuencia con un 54%, me faltan las fuerzas para cuidarme, la respuesta fue a veces con un 65%, puedo buscar formas para cuidar mi salud, la respuesta fue a veces con un 50%, me baño para mantenerme limpio, con frecuencia fue la respuesta con el 93%, cambio mis hábitos alimenticios, la respuesta que obtuvimos fue con frecuencia con un 53%, pienso hacer ejercicio pero no lo hago, la respuesta fue con frecuencia con un 100%, cuando necesito ayuda puedo recurrir a amigos, la respuesta fue con frecuencia con el 57%, puedo dormir lo suficiente, la respuesta fue con frecuencia con el 84%, pido explicación sobre lo que no entiendo, la respuesta fue a veces con un 90%, cambio hábitos para mejorar mi salud, la respuesta fue casi nunca con un 81%, al tomar una medicina nueva cuento con una persona que explique los efectos secundarios, a veces fue la respuesta con un 98%, tomo medidas para que mi familia y yo no corramos peligro, la respuesta fue con frecuencia con un 79%, evaluó lo que hago para mantenerme con salud, la respuesta fue a veces con un 83%, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme, la respuesta fue siempre con un 65%, si mi salud se ve afectada puedo obtener información sobre qué hacer, la respuesta fue con frecuencia con 52%, si puedo cuidarme puedo pedir ayuda, a veces fue la respuesta con 76%, puedo sacar tiempo para mí, la respuesta fue casi nunca con un 83%, soy capaz de cuidarme como me gusta, con frecuencia fue la respuesta con 83%.

Tabla 2: Estadística descriptiva formato ASA

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
hago ajustes para mantener mi salud	108	87%
las formas que practico para mantenerme con salud son buenas	93	75%
si tengo problema para moverme consigo ayuda	99	80%
mantengo limpio el ambiente donde vivo	122	98%

f= Frecuencia, % porcentaje, n= 124

Tabla 2: Estadística descriptiva formato ASA

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
hago lo necesario para mantenerme con salud	67	54%
me faltan las fuerzas para cuidarme	80	65%
puedo buscar formas para cuidar mi salud	62	50%
me baño para mantenerme limpio	115	93%
cambio mis hábitos alimenticios	66	53%
pienso hacer ejercicio pero no lo hago	124	100%
cuando necesito ayuda puedo recurrir a amigos	71	57%
puedo dormir lo suficiente	104	84%
pido explicación sobre lo que no entiendo	111	97%
cambio hábitos para mejorar mi salud	100	81%
al tomar una medicina nueva cuento con una persona que explique los efectos secundarios	121	98%
tomo medidas para que mi familia y yo no corramos peligro	98	79%
evaluó lo que hago para mantenerme con salud	103	83%
me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	80	65%
si mi salud se ve afectada puedo obtener información sobre qué hacer	64	52%
si puedo cuidarme puedo pedir ayuda	94	76%
puedo sacar tiempo para mi	103	83%
soy capaz de cuidarme como me gusta	103	83%
mantengo mi forma de ser	65	52%

F Frecuencia, % porcentaje, n= 124

3.2 Confiabilidad de los Instrumentos

El Alfa de Cronbach (α), es un coeficiente utilizado para medir la fiabilidad de una escala de medida o test. La fiabilidad es un concepto que tiene varias definiciones, aunque a grandes rasgos se puede definir como la ausencia de errores de medida en un test, o como la precisión de su medición

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.819	24

Capítulo IV

Discusión

En esta investigación nos damos cuenta que el conocimiento sobre el autocuidado no es el adecuado debido al poco interés que tienen sobre él, por lo que el autor Ismael Romero (2017) en su estudio, manifiesta que los hábitos higiénicos son buenos con un 52,5% de la población, en este estudio el 98% realizan hábitos higiénicos buenos por lo que son aspectos que tienen relación respecto al autocuidado. Vite Solórzano (2020) explica en su estudio que solo el 5% de su población realizan cambios en sus hábitos alimenticios. Mientras que en mi estudio el 56% es capaz de cambiar su alimentación para mejorar su salud. Ismael Morales (2019) muestra que el 11% de su población en estudio no saben cómo realizar una correcta higiene debido al nivel de conocimiento que tienen respecto a la enfermedad. Sin embargo, en mi estudio el 93% de la población refiere hacer todo lo posible por mantener una higiene adecuada. La revista cubana de reumatología (2022) en su investigación nos dice que el 53.3% de su población estudiada son pacientes que no se preocuparon por mantener su peso. Mas sin embargo en mi estudio nos encontramos con el mismo porcentaje del 53% que es la población que realiza cambios para mantener su peso ideal.

4.1 Limitaciones

El tiempo que le brindaban las personas a contestar el instrumento.

La seriedad que le tomaban a sus respuestas

4.2 Conclusión

La población estudiada tiene un rango de edad de 19 a 45 años, predominó el sexo femenino, el nivel de escolaridad preparatoria, ama de casa, sueldo de 1500 a 2000 pesos y la mayoría de la población lleva menos de 5 años con DMII y en las acciones de autocuidado se valoró el tipo de alimentación, el descanso suficiente, la actividad física, el pedir orientación sobre su tratamiento, aseo personal, notoriamente la población no tiene el adecuado conocimiento sobre las acciones de autocuidado.

En general la mayor parte de la población no realiza las acciones adecuadas de autocuidado recomendadas por el personal de salud debido a la falta de interés o a la falta de tiempo por el trabajo o labores del hogar, algunos participantes muestran tener conocimiento adecuado para llevarlo a cabo. Al tener conocimiento sobre esta situación, surge la necesidad de hacer recomendaciones a los pacientes y a las personal de enfermería, recordar la importancia que tiene el realizar acciones de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población.

Al mismo tiempo si los pacientes le dan la importancia al tener conocimiento sobre su patología será más fácil mantener su bienestar y la adaptación a su tratamiento farmacológico, para que este se haga un hábito de su día a día.

Con base en los resultados obtenidos en este estudio y aplicando la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, una de las principales cosas es la orientación y apoyo educativo, a través del apoyo de un profesional de la salud, de la familia, del mismo paciente con el propósito de tener un estilo de vida saludable y así mismo cambiar factores de riesgo y de esta manera evitar complicaciones futuras de esta población.

4.3 Recomendaciones

Brindar educación constante como recordatorio de lo importante que es el autocuidado para mantener su estilo de vida saludable a pesar de tener DMII.

Educar a la población con distintas estrategias y diferentes herramientas.

Dar información a familiares cercanos al paciente con el fin de que su cuidado y la toma de medicamentos sean a diario.

4.4 Referencias bibliográficas

- Arteaga E, Martínez M, Romero G, *prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2*, <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim191g.pdf>
- Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M, (2017, Diciembre), *La teoría Deficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Organización Mundial de la Salud (2021, Noviembre), *Diabetes*, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de salud(2022), *Intervenciones de autoasistencia para la salud*, https://www.who.int/es/health-topics/self-care#tab=tab_1
- Rodríguez A, (2021), *Adulto joven*, <https://www.lifeder.com/adulto-joven/>
- Villalobos A, Rojas R, Martínez C, Aguilar A, Salinas M, Martínez L, Mendoza R, Alvarado L, Luna A, Escamilla L, ,Ávila B (2021) *Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico*. Scielo, <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/876-887/>
- Vite F, Flores J, Salazar A, Sornoza J, (2020, Febrero), *Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2*, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7471225>

4.5 Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Autocuidado en el Adulto Joven con Diabetes Mellitus tipo II”, este proyecto cuenta con el respaldo. Entiendo que este estudio busca conocer el “Autocuidado en el Adulto Joven con Diabetes Mellitus tipo II” y se que mi participación se llevara a cabo en centro de salud del Municipio de Atlixco y consistirá en responder una encuesta que demorara alrededor de 10 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco se identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sé que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Si acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma del participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Abigail

Contreras Flores, abigail.contreras.flores@gmail.com celular: 2441309978

Apéndice C

Instrumento de medición

No.	Ítem
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.
23	Puedo sacar tiempo para mí.
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.