



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21

**LA ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO CON EL CONTROL
GLUCÉMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2, DE LA UMF NO. 21**

NÚM. DE REGISTRO R-2012-3703-5

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. GUADALUPE MAGDALENA ZEPEDA VIDALES

ASESOR

DRA. ANA MARÍA MEZA FERNÁNDEZ

MEXICO, D.F. 2013



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21



**LA ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO CON EL CONTROL
GLUCÉMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2, DE LA UMF NO. 21**

NÚM. DE REGISTRO R-2012-3703-5

DRA. GUADALUPE MAGDALENA ZEPEDA VIDALES

ASESOR

**DRA. ANA MARÍA MEZA FERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 21, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Unidad de Medicina Familiar No. 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407. Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza D.F. Código Postal 15900.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21



**LA ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO CON EL CONTROL
GLUCÉMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2, DE LA UMF NO. 21**

NÚM. DE REGISTRO R-2012-3703-5

DRA. GUADALUPE MAGDALENA ZEPEDA VIDALES

AUTORIZACIONES

**DR. JOSÉ LUIS ORTIZ FRÍAS
DIRECTOR MEDICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DRA. PATRICIA ALCÁNTARA HERNÁNDEZ
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres porque me comprendieron al haber elegido mi camino.

Porque con su enseñanza, amor y confianza, fortalecieron mi vida.

Porque siempre existieron palabras de apoyo, que me ayudaron a seguir adelante.

Porque con su paciencia logré el triunfo que hoy les brindo.

Con admiración y respeto...

...Gracias.

ÍNDICE

1. Resumen	6
2. Planteamiento del problema	8
3. Justificación	10
4. Marco Teórico	12
5. Objetivos	23
6. Hipótesis	24
7. Material y Métodos	25
8. Resultados	33
9. Discusión	50
10. Conclusiones	53
11. Sugerencias	55
12. Anexos	57
13. Bibliografía	61

“LA ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO CON EL CONTROL GLUCÉMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2, DE LA UMF NO. 21”

Dra. Ana María Meza Fernández, Dra. Guadalupe Magdalena Zepeda Vidales

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que ocasiona complicaciones, invalidez y muertes prematuras en personas adultas. Para evitarlo es necesario el desarrollo de capacidades de autocuidado que le permitan tener un mejor control glucémico.

Objetivo: Determinar la capacidad de autocuidado y su asociación con el control glucémico en el paciente diabético tipo 2.

Material y métodos: Se realizó un estudio de marzo a diciembre del 2012 en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de tipo observacional, transversal y descriptivo; se incluyeron 318 adultos mayores diabéticos tipo 2; con un abordaje cuantitativo, mediante la escala “*Apreciación de la agencia de autocuidado*”; se investigo además su control glucémico en base al último registro de glucosa en ayuno en el expediente electrónico.

Resultados: La capacidad de autocuidado en la mayoría fue el rubro medio que correspondió al 84.9% lo que demuestra una deficiencia en la capacidad de autocuidado. El control glucémico observado fue en el 59.1% de los pacientes en base a la glucosa en ayuno.

Conclusiones: Se observó que la mayor capacidad de autocuidado se relaciona (p .000) con el mejor control glucémico del paciente diabético tipo 2.

Palabras clave: Autocuidado, Control glucémico.

**“ASSOCIATION OF CAPACITY SELF WITH PATIENT GLYCEMIC CONTROL
DIABETES IN THE UNIT OF FAMILIAR MEDICINE N ° 21”**

Dr. Ana María Meza Fernández, Dr. Guadalupe Magdalena Zepeda Vidales

Type 2 diabetes is a chronic disease that causes complications, disability and premature death in adults. Preventing this requires the development of self-management capabilities that allow it to better glycemic control.

Objective: Determine the ability of self-care and its association with glycemic control in type 2 diabetic patients.

Materials and methods: A study was conducted from March to December 2012 in Family Medicine Unit No. 21 of the Mexican Social Security Institute, an observational, cross-sectional, descriptive seniors included 318 type 2 diabetic with a quantitative approach, using the scale "Appraisal of self-care agency", was also investigated glycemic control based on the last record fasting glucose in the electronic file.

Results: The ability to self-care was the item most middle which corresponded to 84.9% demonstrating a deficiency in the ability of self-care. Glycemic control was observed in 59.1% of patients on the basis of fasting glucose.

Conclusions: He noted that most self-care ability is related ($p < .000$) with improved glycemic control of type 2 diabetic patients.

Keywords: Self-care, glycemic control.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes en México, debido a la carga genética de la población y por el estilo de vida del mexicano. Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes en México se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en el país. Los datos de la ENSANUT 2012 identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. El total de personas adultas con diabetes podría ser incluso el doble, de acuerdo a la evidencia previa sobre el porcentaje de diabéticos que no conocen su condición.ⁱ

Por lo que se refiere a la atención de la diabetes mellitus, el reto de salud más importante para los adultos mexicanos, los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012.ⁱⁱ Ante esta situación y con el fin de evitar la aparición de complicaciones a temprana edad, se requiere disminuir el valor de la glucosa sanguínea a niveles cercanos a lo normal. Para ello es necesaria la participación activa del paciente, a través del desarrollo de capacidades de autocuidado que le permitan tener un mejor control glucémico.ⁱⁱⁱ Por lo que la falta de capacidad de autocuidado es un tema prioritario por sus consecuencias negativas en todo el sector salud.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 21, se atienden a 24,616 adultos mayores de 65 años de edad con diabetes tipo 2 que acuden mensualmente a control del programa Crónico Degenerativos de los cuales, no se desconoce la prevalencia de la capacidad de autocuidado así como el porcentaje de pacientes controlados y descontrolados. Este estudio pretende llamar la atención del equipo de salud sobre este problema para poder planear y crear nuevas estrategias para mejorar la capacidad de autocuidado y con ello lograr un mayor porcentaje de pacientes controlados y por consiguiente prevenir la incidencia de complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir los costos en la atención médica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control glucémico del paciente diabético tipo 2?

En gran parte del mundo, la diabetes mellitus se ha convertido en un serio problema, que repercute en los sistemas de salud con un severo impacto en el sector económico de los países con una alta prevalencia. Por lo que se refiere a su atención, el reto de salud más importante para los adultos mexicanos, los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que la prevalencia de diabetes en adultos es del 9.2%, ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012.^{iv}

Con el fin de evitar la aparición de complicaciones a temprana edad, se requiere disminuir el valor de la glucosa sanguínea a niveles cercanos a lo normal. Para ello es necesaria la participación activa del paciente, a través del desarrollo de capacidades de autocuidado que le permitan tener un mejor control glucémico.^v

Al considerar que las personas con diabetes mellitus presentan una condición crónica de salud, que exige cuidados permanentes para manutención de su calidad de vida y control metabólico, se percibe la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad.

Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud promueve el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarse de su salud y ayuda a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables y estimular la autoconfianza.^{vi}

Actualmente existe poca bibliografía médica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre la capacidad de autocuidado de sus derechohabientes diabéticos tipo 2 y para una actuación efectiva, el profesional de salud necesita conocer los factores relacionados al autocuidado lo que posibilita identificar las posibles barreras para el control de las personas con diabetes tipo 2.

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.^{vii}

DIABETES Y CONTROL GLUCÉMICO

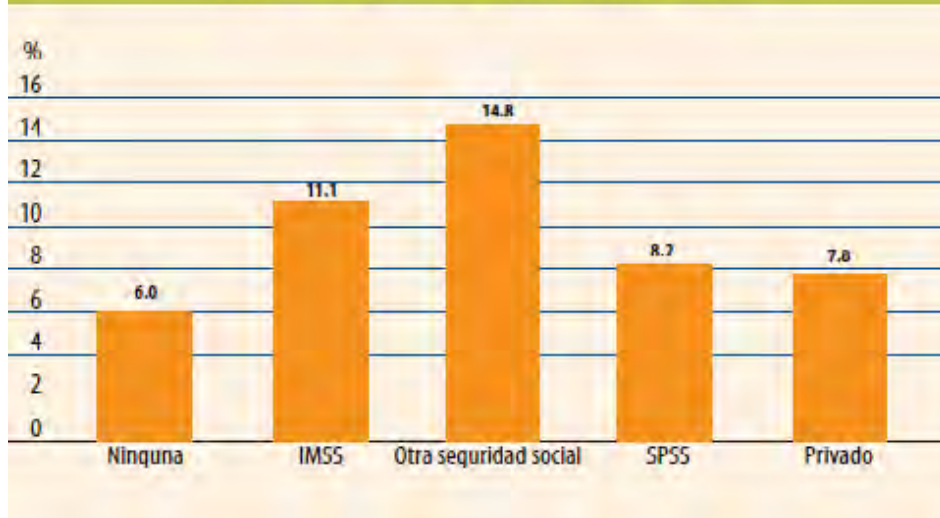
La diabetes es un reto de salud global; estimaciones de la OMS indican que en 1995 había en el mundo 30 millones de personas con diabetes, actualmente se estima que 347 millones de personas viven con diabetes.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%.^{viii}

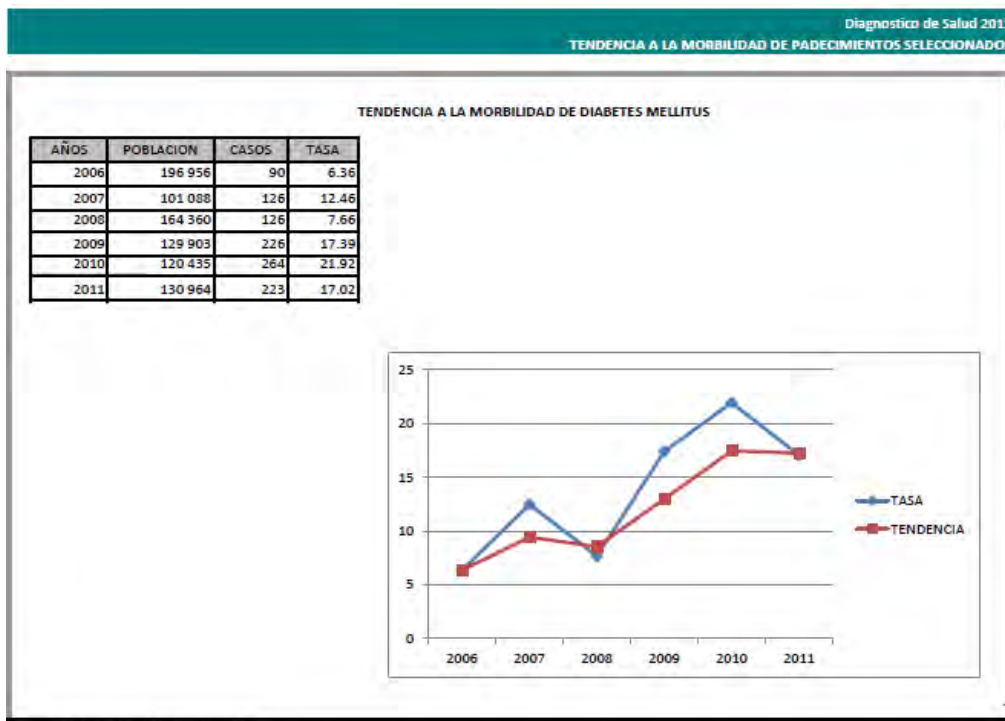
Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes en México se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en el país. Los datos de la ENSANUT 2012 identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. El total de personas adultas con diabetes podría ser incluso el doble, de acuerdo a la evidencia previa sobre el porcentaje de diabéticos que no conocen su condición.^{ix}

De los que se atienden, 39% acude al IMSS, 11.4% a otras instituciones de la seguridad social, 28% a servicios financiados por el SPSS, y 21.3% se atiende en el sector privado.^x

Figura 1. Porcentaje de adultos con diagnóstico de diabetes por institución de protección en salud. México, ENSANUT 2012



En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20 % en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable de 15% de las defunciones.^{xi}



La diabetes es una enfermedad crónica que requiere atención médica continua y el paciente debe recibir educación y apoyo para evitar las complicaciones agudas y para reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.^{xii}

La Ciudad de México concentra 12% de las defunciones por diabetes en hombres en el país y su tasa de mortalidad ajustada por edad es la segunda más alta en el país (123.0 por 100 000 hombres en 2008). En las mujeres, 11% de las defunciones por diabetes ocurre en la Ciudad de México, para una tasa ajustada por edad de 94.0 por 100 000 mujeres en 2008.^{xiii}

Los criterios de control para la diabetes tipo 2 propuestos por la American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2009 son Glucosa en ayuno 70 a 130mg/dl, glucemia postprandial menor a 180mg/dl y hemoglobina glicosilada HbA1c (%) menor de 7%.^{xiv} Se ha observado una mayor sensibilidad de la hemoglobina glicosilasa como parámetro de control glucémico en el paciente diabético tipo 2.^{xv}

Por lo que se refiere a la atención de la diabetes mellitus, el reto de salud más importante para los adultos mexicanos, los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012.^{xvi}

Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo de 50 adultos mayores con diabetes mellitus, pertenecientes al consultorio médico de la familia No. 6 del Policlínico Universitario "Francisca Rivero Arocha" de Manzanillo, desde abril de 2008 hasta enero de 2010, con vistas a describir los factores de riesgo para padecer dicha afección. En donde predominó el sexo femenino con edades entre 70 a 79 años.^{xvii}

El objetivo fundamental en el manejo de los pacientes depende en gran medida del nivel de comprensión de la enfermedad y la destreza ante su cuidado diario. De todos es aceptado que la educación de los pacientes con diabetes mellitus es una herramienta esencial para optimizar su control metabólico y prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, es decir, se debe enseñar al paciente a vivir y a

convivir con la enfermedad, a través de la educación para que pueda aprender a manejar su problema por sí mismo y lograr un control glucémico.^{xviii}

La importancia de incorporar el autocuidado en los pacientes diabéticos, como una prestación de servicios de salud se hace cada día más indispensable, para lograr la participación interactiva y de corresponsabilidad del propio paciente y su familia en el control metabólico y tratamiento efectivo de la enfermedad. Se realizó un estudio por María Isabel Guzmán Pérez especialista en Salud Pública de la Unidad de Medicina Familiar No. 68 IMSS, 2005, en donde se exploró el nivel de conocimientos y autocuidado y se identificaron los niveles de glicemia al inicio y al final de un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 que asistían a sesiones educativas. Se encuestó a 69 pacientes diabéticos seleccionados por conveniencia para explorar los aspectos de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y nivel de autocuidado. Se encontró que la mitad de los casos tenían conocimiento aceptable acerca de la enfermedad y complicaciones, en contraste 71% de ellos estaban en nivel aceptable de autocuidado. Se observó una mejoría del control glucémico; en el grupo de pacientes estudiados, más de la mitad disminuyó las cifras de glicemia en ayunas posterior a su asistencia a las sesiones educativas.^{xix}

AUTOUIDADO

El autocuidado representa una parte fundamental en la consecución de los objetivos del tratamiento integral de la diabetes mellitus. Este tratamiento requiere que el paciente realice las siguientes actividades: auto monitoreo de la glucemia, administrar la insulina e hipoglucemiantes orales, llevar un régimen alimenticio, hacer actividad física, cuidar los pies y seguir las prácticas de autocuidado.^{xx}

En otro estudio llevado a cabo en la unidad médica No 68 en la ciudad de Veracruz, la prevalencia de autocuidado de la salud reportada por los pacientes que asisten a pláticas de trabajo social fue del 70%.^{xxi}

DEFINICIÓN

El concepto de autocuidado emerge en la década de los setentas y han tenido un rápido crecimiento en el mundo desarrollado. Hay evidencia de su efectividad, sin

embargo, en los países en vías de desarrollo no es así. Hace falta promover el autocuidado de la salud.^{xxii}

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos....

“Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”.^{xxiii}

El autocuidado es un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. 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.^{xxiv}

El éxito o fracaso del autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por los siguientes aspectos: a) el tratamiento y la enfermedad (complejidad del tratamiento, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica); b) los factores intrapersonales (edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión y abuso de alcohol); c) los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención y apoyo familiar y

social); d) los factores ambientales (las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales). Los pacientes con diabetes mellitus y otras enfermedades a menudo tienen dificultades para adoptar cambios en su estilo de vida y completar las actividades de autocuidado; la causa es multifactorial y obedece a las características de los pacientes tales como nivel educacional y características del escenario clínico. No obstante, hay pacientes que están involucrados en forma activa en su cuidado y toman decisiones de manera conjunta con su proveedor; estos son los que pueden tener menor dificultad para efectuar las actividades de autocuidado. Aspectos de la relación médico-paciente, tales como la comunicación y la empatía, son esenciales para la disponibilidad del paciente y su habilidad para completar las actividades de autocuidado.^{xxv}

Dorotea Orem, formuló lo que llamó teoría general de enfermería, la cual consta de tres teorías a su vez, relacionadas entre sí: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería; uno de los construidos que desenvuelve esta teorizadora es la del autocuidado. El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción.^{xxvi}

Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia.

AUTOCONCEPTO: Una serie de creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta. Un mayor autoconocimiento posibilita un conocimiento de sí mismo más objetivo, lo que constituye el primer paso para la autoaceptación.

AUTOESTIMA O AUTOVALORACIÓN: La valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. La autoestima nace del autoconcepto que una persona tiene de sí misma.

AUTOACEPTACIÓN: El reconocerse a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones.

AUTOCONTROL: Es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al

autocuidado, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.^{xxvii}

RESILIENCIA: Aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”. El enfoque de la resiliencia muestra cómo es posible abordar las oportunidades de desarrollo humano, a pesar de la adversidad.^{xxviii}

FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida.

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas...) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular.^{xxix}

PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de *persona* como ser integral, y de *salud* como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”. Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

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

- Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.
- Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás.
- Evitar que sus intervenciones sean “amenazantes” o “coercitivas” para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos.
- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.

-Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.

-Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción.

-Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.

-Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.

-Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.^{xxx}

INSTRUMENTO

En un estudio en 2005 se realizó una revisión de la bibliografía de los diferentes instrumentos diseñados para medir el autocuidado, atendiendo a sus aspectos conceptuales, propiedades psicométricas y normas de aplicabilidad. Se identificaron y analizaron 27 instrumentos. Los resultados evidencian un marcado énfasis teórico-conceptual, poca claridad en sus diferentes dimensiones, las normas de aplicabilidad eran prácticamente inexistentes.^{xxxi}

La escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), fue desarrollada para medir las capacidades de agencia de autocuidado, el desarrollo de la escala fue un trabajo colectivo de profesores de la Wayne State University y la University of Limburg. La escala está basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y ha sido traducida, adaptada transculturalmente y validada para países de Europa, Asia oriental y Latinoamérica para enfermedades crónicas

degenerativas. Esta escala evalúa la capacidad de agencia que tiene el individuo para comprometerse con su autocuidado. El concepto de agencia de autocuidado lo estudia amplia-mente la teórica Dorothea Orem.^{xxxii}

La medición de la validez conceptual y confiabilidad de la escala “*Apreciación de la agencia de autocuidado*” en versión español fue realizada por Gallegos (1998) en un grupo de pacientes con diabetes, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,77. Ésta escala fue revisada y adaptada transculturalmente para la población Colombiana por la profesora Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.7440-0.82.^{xxxiii}

La Escala “*Apreciación de la agencia de autocuidado*” (ASA) se compone de 24 ítems (15 positivos y 9 negativos) con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (siempre) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos.^{xxxiv}

Las preguntas 12 y 22 hacen parte de la categoría de interacción social; las preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23, corresponden a la categoría de bienestar personal donde se maneja la prevención de riesgos para la vida humana y el funcionamiento del cuerpo; las preguntas 3, 6, 11, 13 y 20 evalúan la categoría de actividad y reposo; la pregunta 9 hace referencia a la categoría de consumo suficiente de alimentos y por último las preguntas 1, 10, 18 y 24 corresponden a la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo al potencial humano y las limitaciones conocidas.

La interpretación de rangos de evaluación de la capacidad de autocuidado se realiza de acuerdo a la escala Likert dando como resultado una ALTA capacidad de autocuidado con un puntaje entre 97 y 120 puntos; una MEDIA capacidad de autocuidado entre 49 y 96 puntos; y una BAJA capacidad de autocuidado entre 1 y 48 puntos.^{xxxv}

En América latina se ha usado la Escala “*Apreciación de la agencia de autocuidado*” en tesis de maestrías y en estudios que referencian varios artículos;

igualmente, se ha determinado su confiabilidad en padecimientos crónicos y la versión en español ha demostrado que tiene las propiedades psicométricas válidas y adecuadas para su aplicación.^{xxxvi}

OBJETIVO GENERAL

-Determinar la capacidad de autocuidado y su asociación con el control glucémico en el paciente diabético tipo 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de la capacidad de autocuidado en el paciente diabético tipo 2, en base a la escala de “Apreciación de la agencia de autocuidado”.
- Describir el grado de control glucémico que existe en los pacientes diabéticos tipo 2, mediante la glucosa en ayuno.
- Comparar la capacidad de autocuidado con el control glucémico en el paciente diabético tipo 2.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La mayor capacidad de autocuidado se asocia con el mejor control glucémico del paciente diabético tipo 2 al menos en el 80%.

TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO: Estudio de tipo observacional debido a que no se realizó intervención del investigador, transversal porque solo se realizó una medición en el sujeto de estudio, retrospectivo ya que nos basamos en la revisión de expedientes clínicos y estudios realizados y descriptivo porque solo se estudió la presencia de un fenómeno en una población, en este caso en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF No. 21.^{xxxvii}

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar número 21 de acuerdo a cifras del diagnóstico de salud 2012 con una población de pacientes con diabetes tipo 2 de 24,616 derechohabientes de enero 2011 a enero 2012.

LUGAR DE ESTUDIO: En la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Francisco del Paso y Troncoso No. 281 colonia Jardín Balbuena, delegación Venustiano Carranza. C.P. 15900.

PERIODO DE ESTUDIO: De marzo a diciembre del 2012.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 65 años de edad.
- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 21, mayores de 65 años de edad con diabetes tipo 2.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Hombres y mujeres mayores de 65 años con diabetes tipo 2.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Que no sean derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 21.
- Pacientes con complicaciones de diabetes tipo 2.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que durante el estudio presenten complicaciones de diabetes tipo 2.
- Pacientes que no hayan respondido completamente el instrumento de evaluación.

-Pacientes que fallezcan durante la realización del estudio.^{xxxviii}

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se ha observado una mayor sensibilidad de la hemoglobina glicosilada como parámetro de control glucémico en el paciente diabético tipo 2. Sin embargo para factibilidad de este estudio y al no contar con un registro de ésta en todos los pacientes diabéticos tipo 2 de la unidad de medicina familiar número 21, se tomó como parámetro de control la glucosa en ayuno más reciente, reportada en el expediente electrónico de cada paciente. Se aplicó el instrumento la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA) en forma de cuestionario autoaplicable el cual se realizó en el consultorio cuando los pacientes portadores de diabetes tipo 2 asistían a control de crónicos.

ESTRUCTURA DE DEL INSTRUMENTO: Este instrumento consta de una estructura dividida en tres partes:

- Un consentimiento informado, en donde queda constancia de que el paciente ha sido informado del fin y las características del estudio y que su participación es voluntaria.
- Un sector que se llena con datos obtenidos desde la ficha clínica del paciente.
- La escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTREO: No Probabilístico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Total de 24,616 adultos mayores de 65 años de edad con diabetes tipo 2 de enero 2011 a enero 2012, se aplicó fórmula para una proporción.

CÁLCULO DE MUESTRA: Para determinar el tamaño de muestra se acudió a Enseñanza y por medio del Diagnóstico de salud, cuyos datos fueron obtenidos del ARIMAC para conocer la totalidad de las personas mayores de 65 años de edad con diabetes tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 21de

enero 2011 a enero 2012, se determinó la muestra por medio de la fórmula de proporciones para una población infinita de la siguiente manera:^{xxxix}

Fórmula:

$$n = \frac{(z_{\alpha})^2 p(1 - p)}{i^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra requerido

Z α = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95%= 1.96

i=Margen de error de 5% (valor estándar 0.05)

p= 0.24 prevalencia de pacientes diabéticos tipo 2 controlados.

$$n = ((1.96^2 * 0.24) * (1 - 0.24)) / (0.05^2)$$

$$n = (3.8416 * 0.24) * (0.76) / 0.0025$$

$$n = (0.921984 * 0.76) / 0.0025$$

$$n = 0.7007078 / 0.0025$$

$$n = 280.28$$

n = 318 pacientes

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Capacidad de Autocuidado.

VARIABLE DEPENDIENTE: Control glucémico del diabético tipo 2.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	DE
Capacidad de autocuidado	Cuantitativa Discreta	El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o	Puntuación dada por la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado”	-ALTA=1 capacidad de autocuidado= 97 y 120 puntos -MEDIA=2 capacidad de autocuidado= 49-96 puntos -BAJA=3 capacidad de autocuidado= 24-48 puntos xl	

		restablecer la salud y prevenir la enfermedad.		
Control glucémico del diabético tipo 2	Cuantitativa Continua	Niveles de glucosa dentro de los parámetros de control de diabetes tipo 2	Último glucosa en ayuno registrada en el expediente electrónico	-Controlado=1 Glucosa en ayuno: 70 a 130 mg/dl Descontrolado=2 Glucosa en ayuno >130mg/dl xli

OTRAS VARIABLES: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años cumplidos que refiere la paciente y los registrados en el expediente electrónico.	Número absoluto en años
Sexo	Cualitativa	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades	Sexualidad que refiere la paciente y la registrada en el expediente electrónico	Nominal: -Masculino=1 -Femenino=2

		masculino y femenino		
Escolaridad	Cualitativa	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel escolar referido por el paciente y el registrado en el expediente electrónico	Ordinal: -Analfabeta=1 -Primaria=2 -Secundaria=3 -Bachillerato=4 -Licenciatura=5 -Postgrado=6
Estado Civil	Cualitativa	Situación jurídica de una persona física considerada des de el punto de vista del derecho de familia y que hace referencia a la calidad de padre, de hijo, casado, soltero, etc.	Situación civil el que refiere el paciente y el que está registrado en el expediente electrónico	Nominal: -Soltero=1 -Unión libre=2 -Casado=3 -Divorciado=4 -Viudo=5 -Otro=6

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se realizó la revisión de la literatura existente.
2. Se realizó la elaboración del protocolo de investigación.
3. Se presentó el protocolo al profesor titular del curso, para su aprobación.
4. El estudio se llevó a cabo en la UMF No. 21 del IMSS de Marzo a Diciembre de 2012.
5. Se recopilaron los datos por medio de una ficha de identificación donde se registraron los datos generales de los pacientes, y se aplicó la escala de

“Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA) para la evaluación de la capacidad de autocuidado.

6. Se tomó el último registro de la glucosa en ayuno y de acuerdo a las cifras obtenidas se clasifico a los pacientes en pacientes controlados y pacientes descontrolados.
7. Se realizó el procesamiento y análisis de los resultados. A través de una base de datos capturados en SPSS versión 20.
8. Se realizó el análisis descriptivo de las variables.
9. Se realizo el análisis estadístico.

-Análisis Univariado: Se valoraron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para las variables descritas en SPSS versión 20.

-Análisis bivariado: Se utilizo la prueba de X^2 y razón de momios para el análisis entre las variables, así como tablas de contingencia, estos datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 20.

10. Se realizará la presentación y difusión de resultados.

FACTIBILIDAD Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es un trabajo de investigación el cual se encuentra acorde con los principios básicos de ética, contenidos en el código de Nuremberg, que data de 1947: la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y enmendada en 1975: y las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica Relacionada con Seres Humanos propuesta en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS): los cuales son documentos que delinear los principios de ética más pertinentes a la investigación.

Siguiendo los principios básicos de:

- Proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- Respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.
- Obtener consentimiento informado y voluntario del sujeto de estudio.

- El médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.
 - Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos así como estar a la disposición del público.
 - Mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional
 - No permitir que motivos de lucro influyan el ejercicio libre e independiente
 - Proporcionar su servicio con compasión y respeto por la dignidad humana.
- En esta investigación no se pone en peligro la vida, se aplicará un cuestionario a pacientes mayores de 65 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar número 21. La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores participantes.^{xlii}

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS.

1. Pacientes que acepten participar en el estudio.
2. El propio investigador.
3. Asesor metodológico

RECURSOS MATERIALES.

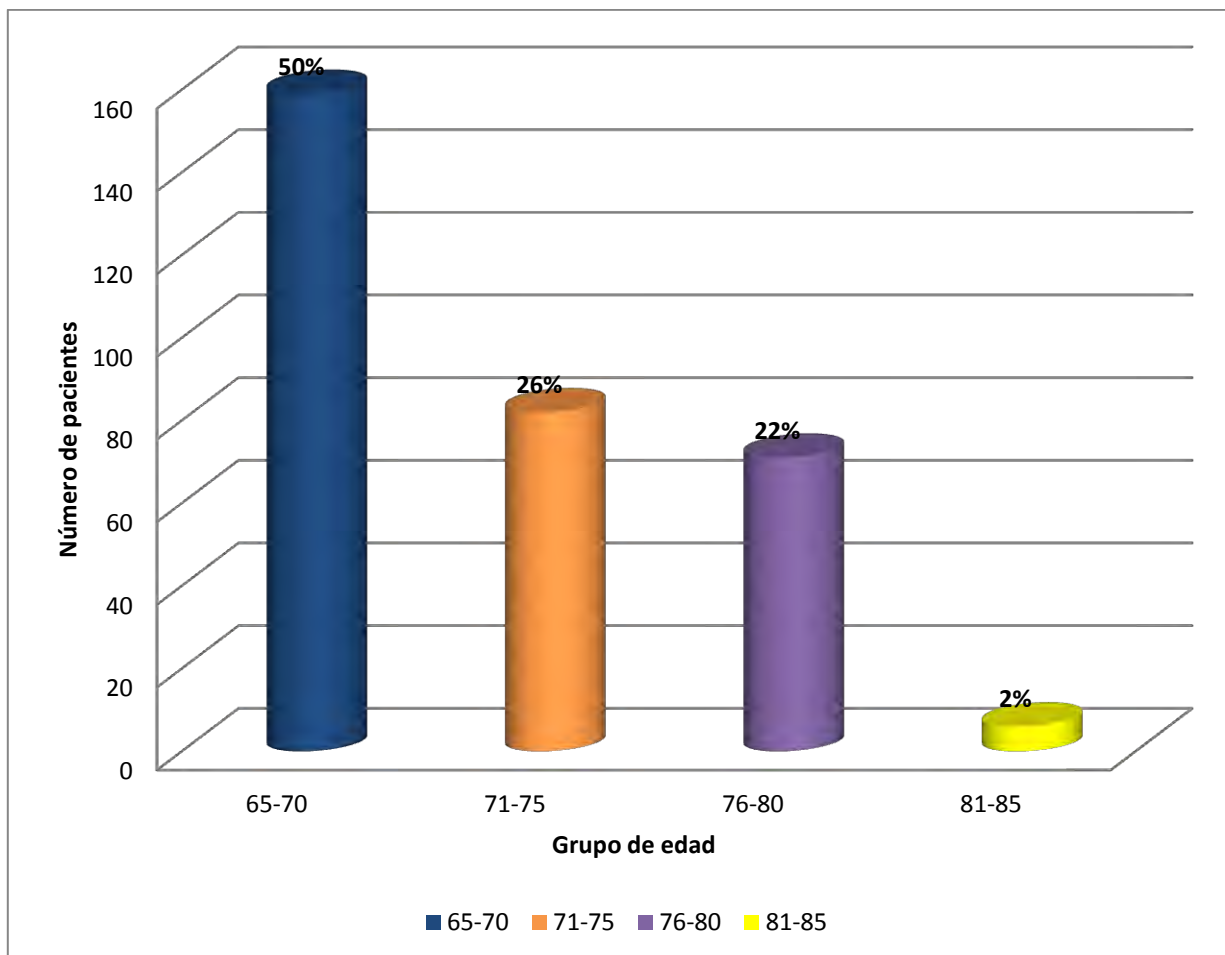
1. Computadora, papelería de oficina
2. Software: Windows vista, paquete estadístico SPSS 20.
3. Cuestionarios y base de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Financiado por el propio investigador.

RESULTADOS

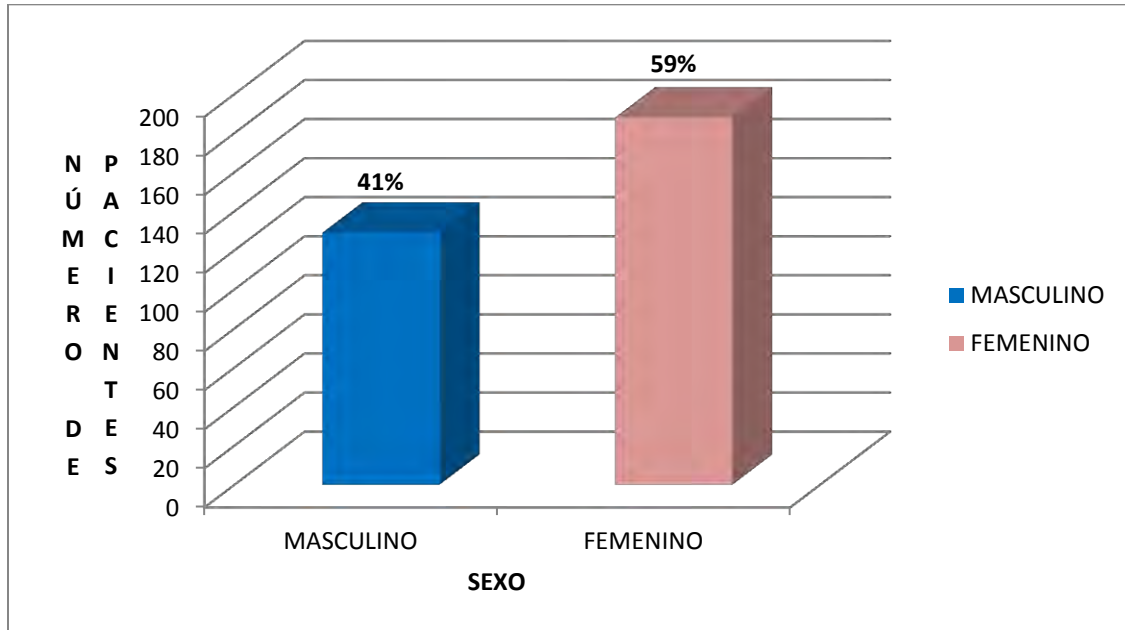
Gráfica 1. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos por grupo de edad en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En relación al grupo de edad observamos una media de edad de 71.49 años, predominando el grupo de edad de 65 a 70 años que corresponde a la mitad de los pacientes con diabetes tipo 2 y en menor proporción de 81 a 85 años que corresponde al 2% 159 pacientes. Lo cual nos habla de la alta prevalencia de este padecimiento en la población geriátrica.

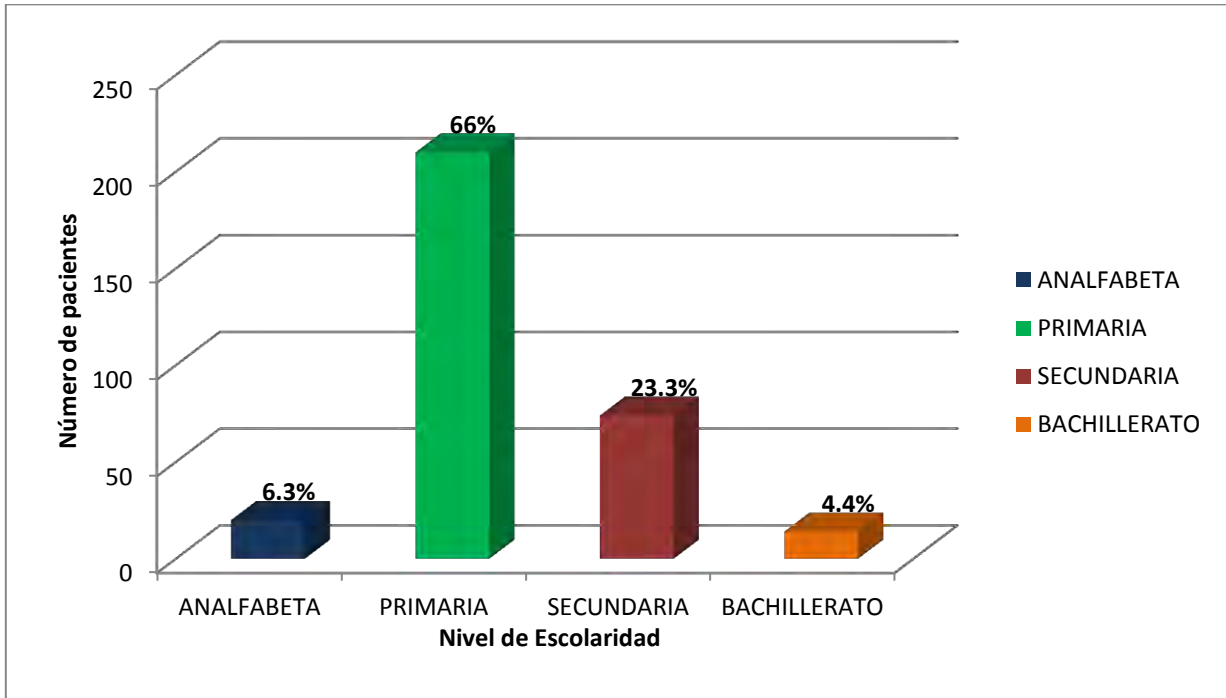
Gráfica 2. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos por sexo en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En el presente estudio se incluyeron 318 derechohabientes diabéticos tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 21 de los cuales 129 fueron hombres representando el 41% y 188 fueron mujeres con un porcentaje de 59%. Como observamos la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 corresponden al sexo femenino, portadoras en la mayoría de enfermedades crónicas.

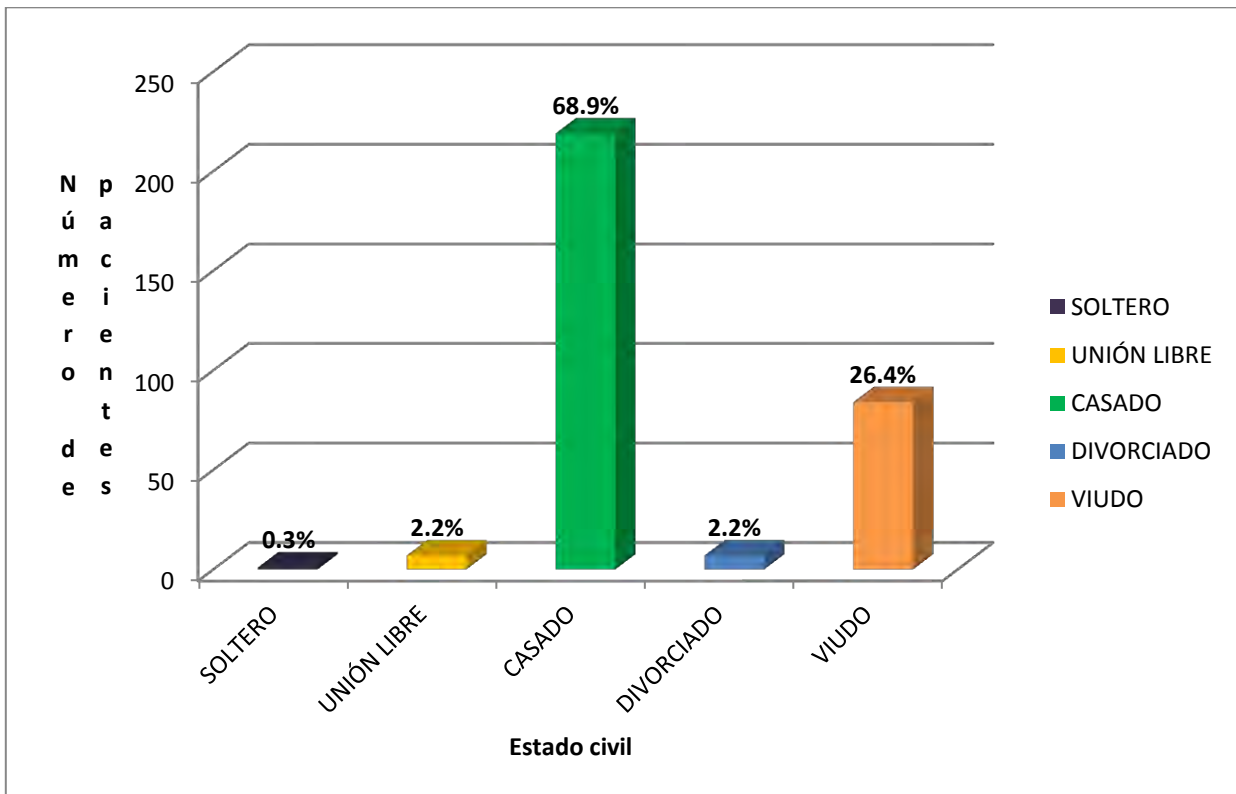
Gráfica 3. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos por escolaridad en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En relación al nivel de escolaridad observamos que el mayor número de pacientes corresponde a escolaridad primaria con 210 pacientes que corresponde al 66%. Esto es importante ya que nos permite una adecuada comunicación con los pacientes y comprensión del proceso salud enfermedad. Sólo un 4.4% corresponde a nivel bachillerato, que es la mayor escolaridad registrada, con 14 pacientes. Recordemos que los conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud.

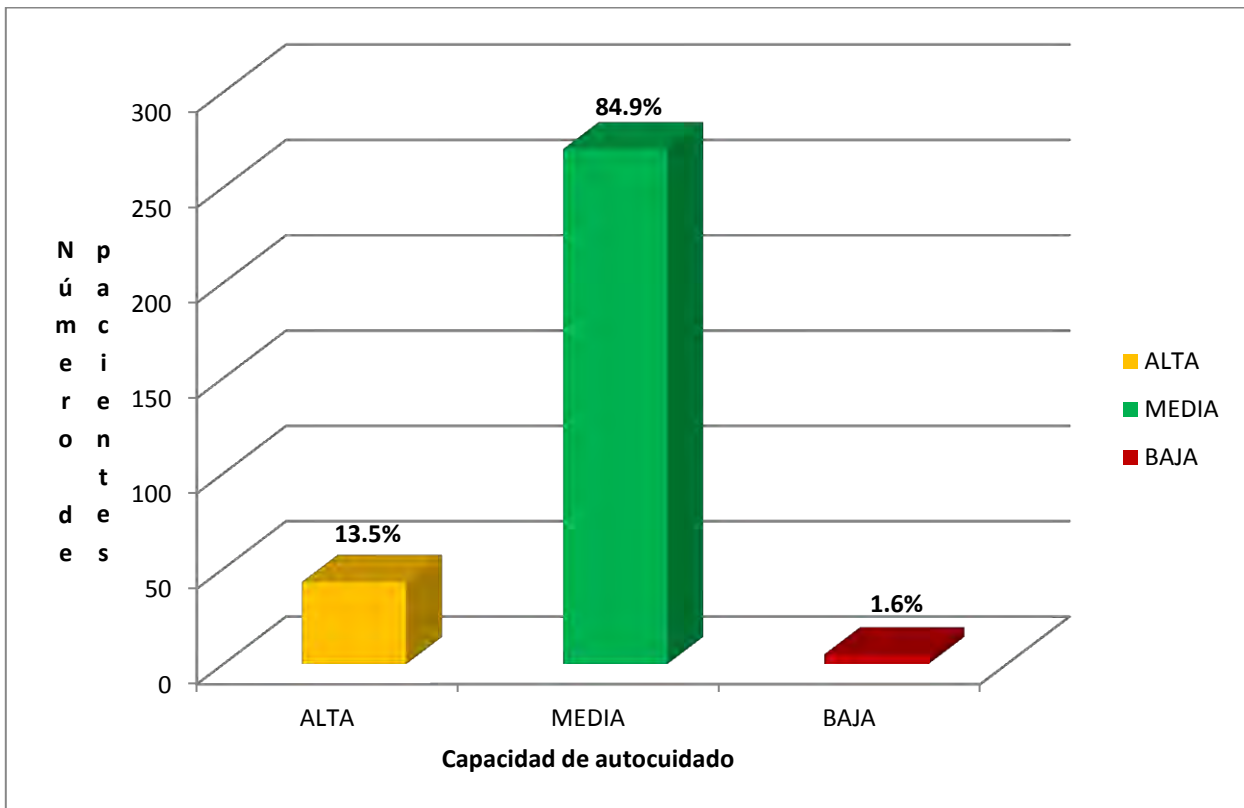
Gráfica 4. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos por estado civil en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

Respecto al estado civil observamos que predominan los pacientes casados con 219 pacientes que corresponde al 68.9%. Lo cual es importante en cuanto a las redes de apoyo familiar.

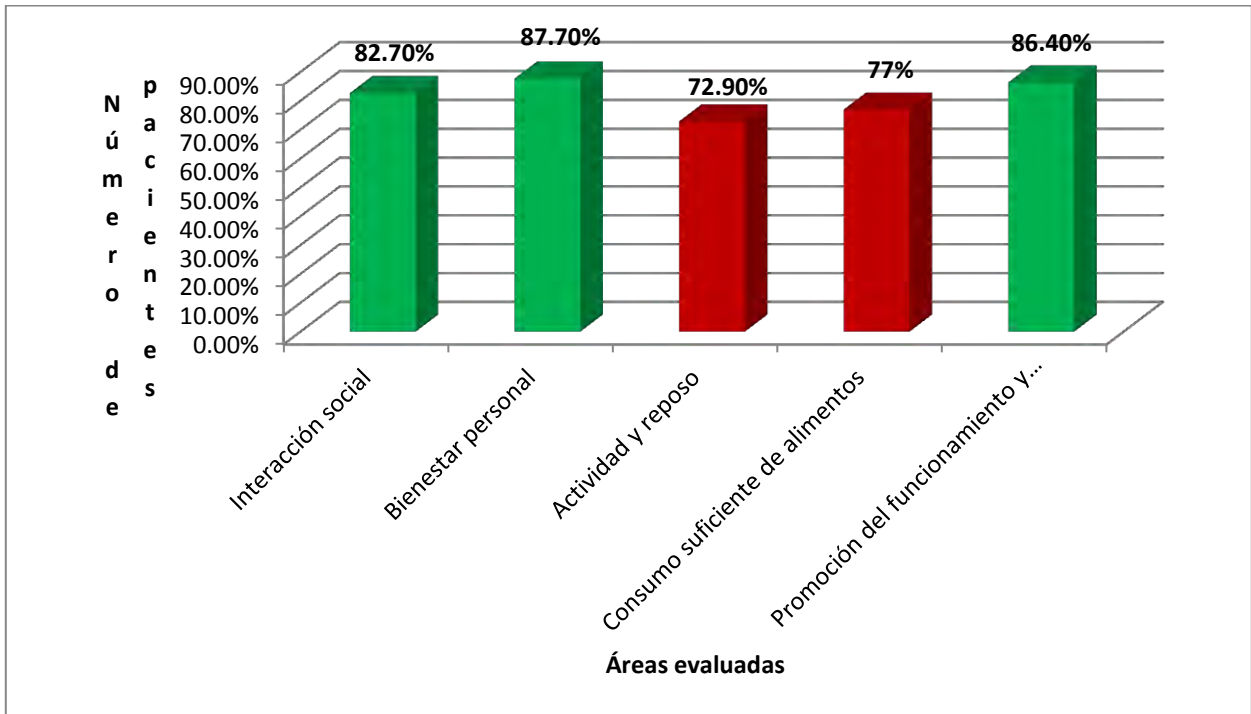
Gráfica 5. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base a su capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En este estudio se observó que la capacidad de autocuidado en los 318 pacientes encuestados es en la mayoría en el rubro medio, con 270 pacientes que corresponde al 84.9% y alta capacidad de autocuidado en tan solo 43 pacientes que corresponde al 13.5%. Observándose una media de 83.76 puntos.

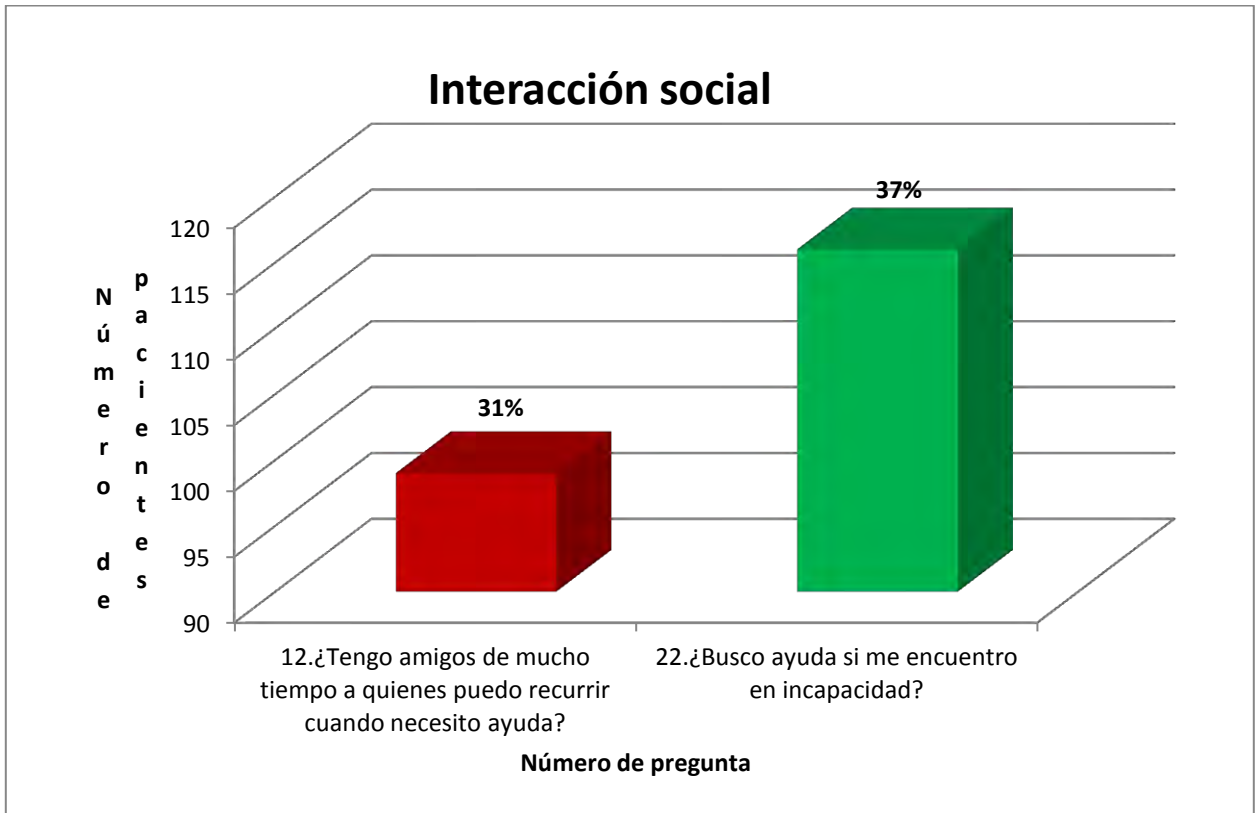
Gráfica 6. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base al cumplimiento de las diferentes áreas evaluadas en la capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En la siguiente gráfica se observó que el mayor puntaje fue para las áreas de bienestar personal con 279 pacientes que corresponde al 87.7% y promoción del funcionamiento y desarrollo personal con 275 pacientes que corresponde al 86.4%; los puntajes más bajos correspondieron a las áreas de actividad y reposo con 232 pacientes que corresponde al 72.9% y consumo suficiente de alimentos con 245 pacientes que corresponde al 77%. Esto es importante ya que, el control de la diabetes depende en gran parte de la actividad física que se realiza y los alimentos que se consumen, no solo de su cantidad, sino también su calidad.

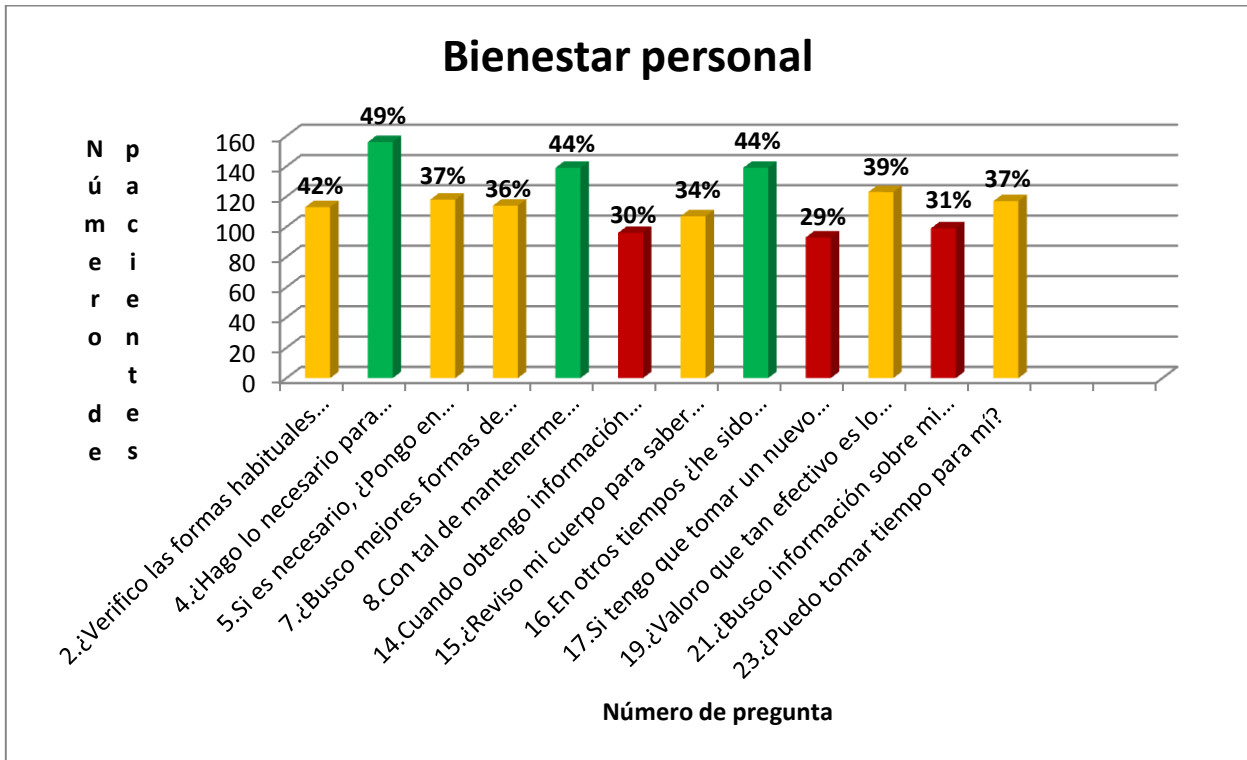
Gráfica 7. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base al cumplimiento del área de Interacción social, evaluada en la capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En la siguiente gráfica se observó que las preguntas que evaluaron el área de interacción social, la que obtuvo mayor puntaje fue la pregunta 22 ¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad? con 116 pacientes que corresponde al 37% y el menor puntaje para la pregunta 12 ¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda? con 99 pacientes que corresponde al 31%.

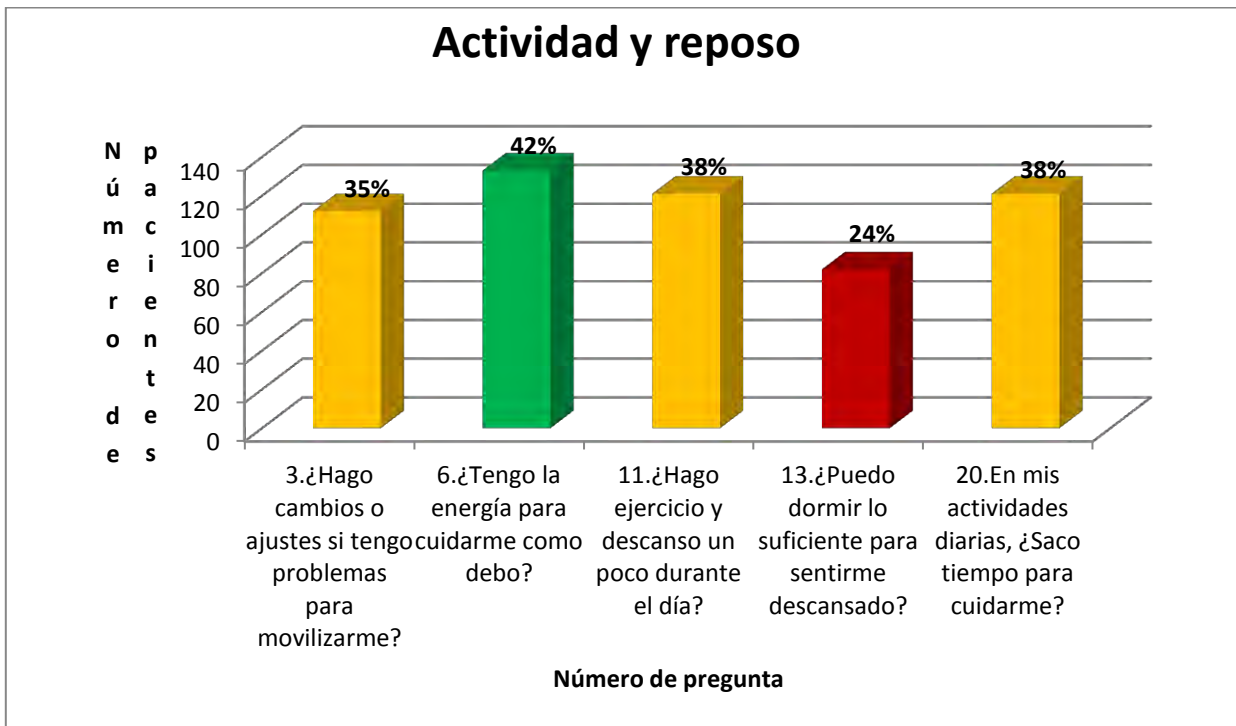
Gráfica 8. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base al cumplimiento del área de Bienestar personal, evaluada en la capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En la siguiente gráfica se observó que las preguntas que evaluaron el área de Bienestar personal, la que obtuvo mayor puntaje fue la pregunta 4 ¿Hago lo necesario para mantenerme limpio a mi alrededor? con 156 pacientes que corresponde al 49% y el menor puntaje para la pregunta 17 Si tengo que tomar un nuevo medicamento, ¿pido información sobre los efectos indeseados? con 93 pacientes que corresponde al 29%.

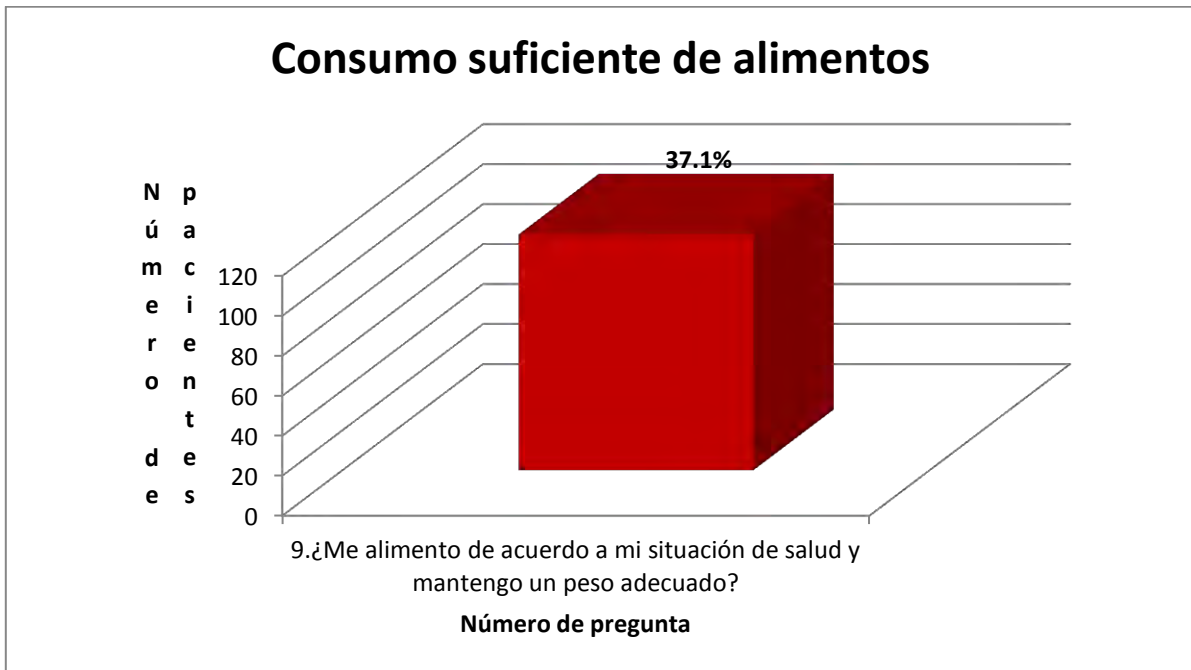
Gráfica 9. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base al cumplimiento del área de Actividad y reposo, evaluada en la capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En la siguiente gráfica se observó que las preguntas que evaluaron el área de Actividad y reposo, la que obtuvo mayor puntaje fue la pregunta 6 ¿Tengo la energía para cuidarme como debo? con 133 pacientes que corresponde al 42% y el menor puntaje para la pregunta 13 ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado? con 82 pacientes que corresponde al 24%.

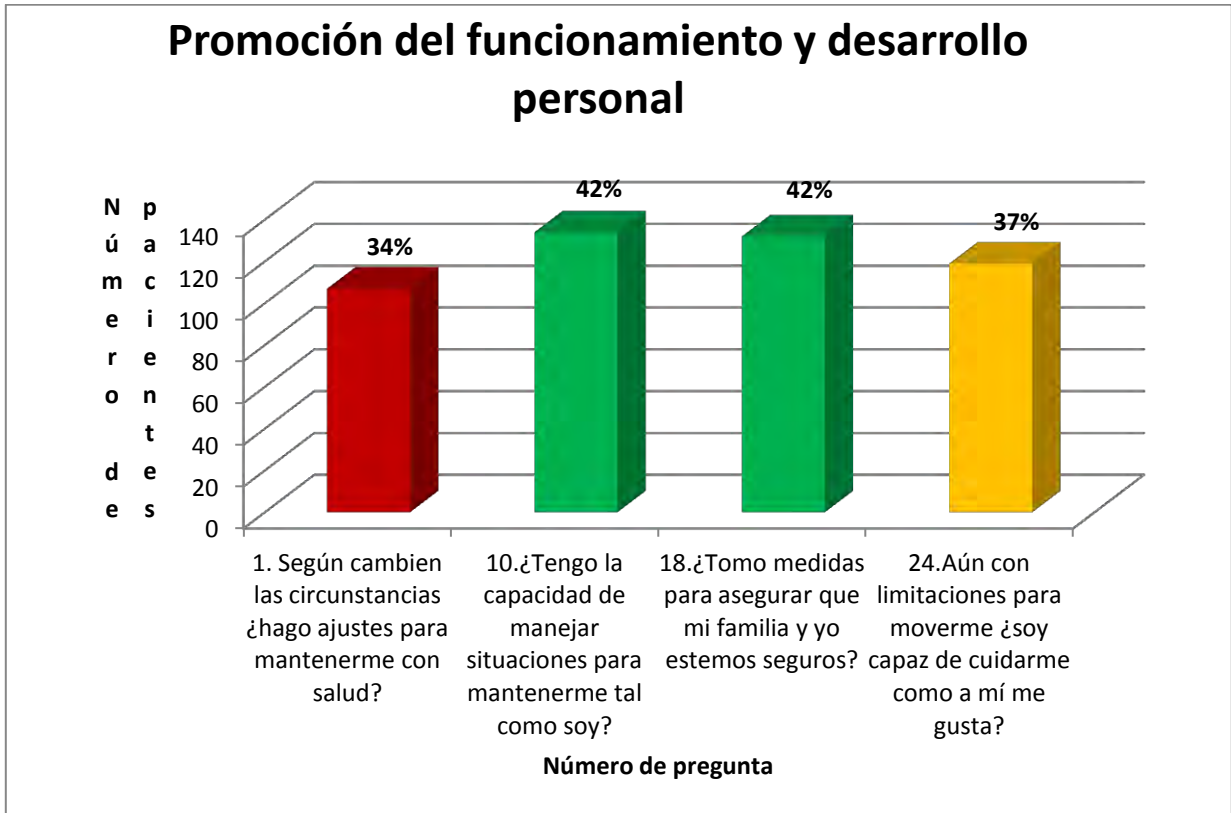
Gráfica 10. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base al cumplimiento del área de Consumo suficiente de alimentos, evaluada en la capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En la siguiente gráfica se observó que la pregunta 9 ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado? que evaluó el área de Consumo suficiente de alimentos, obtuvo un puntaje de 118 pacientes que corresponde al 37%, menos de la mitad de los pacientes.

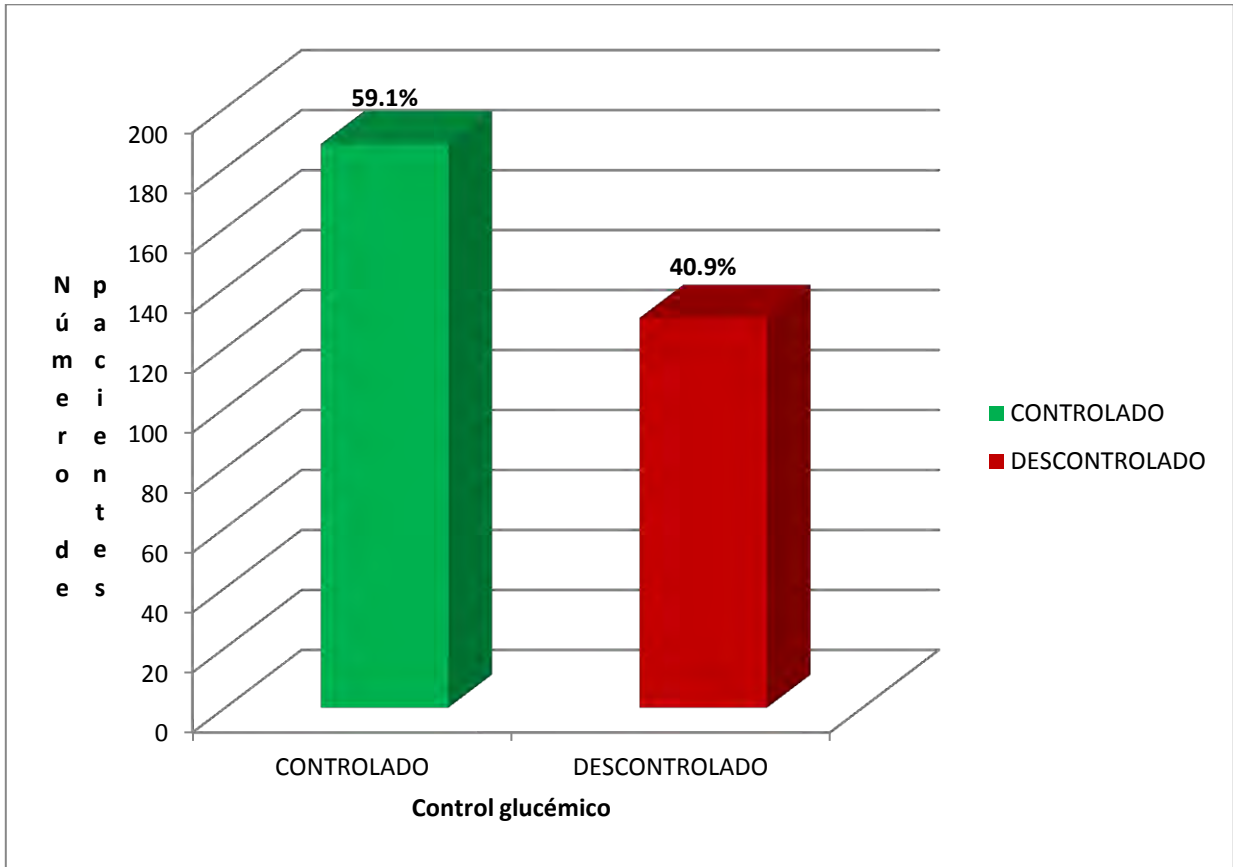
Gráfica 11. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base al cumplimiento del área de Promoción del funcionamiento y desarrollo personal, evaluada en la capacidad de autocuidado en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En la siguiente gráfica se observó que las preguntas que evaluaron el área de Promoción del funcionamiento y desarrollo personal, las que obtuvieron el mayor puntaje fueron las preguntas 10 ¿Tengo la capacidad de manejar situaciones para mantenerme tal como soy? y 18 ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros? con 134 y 132 pacientes respectivamente, que corresponde al 42% y el menor puntaje para la pregunta 1 Según cambien las circunstancias ¿hago ajustes para mantenerme con salud? con 107 pacientes que corresponde al 34%.

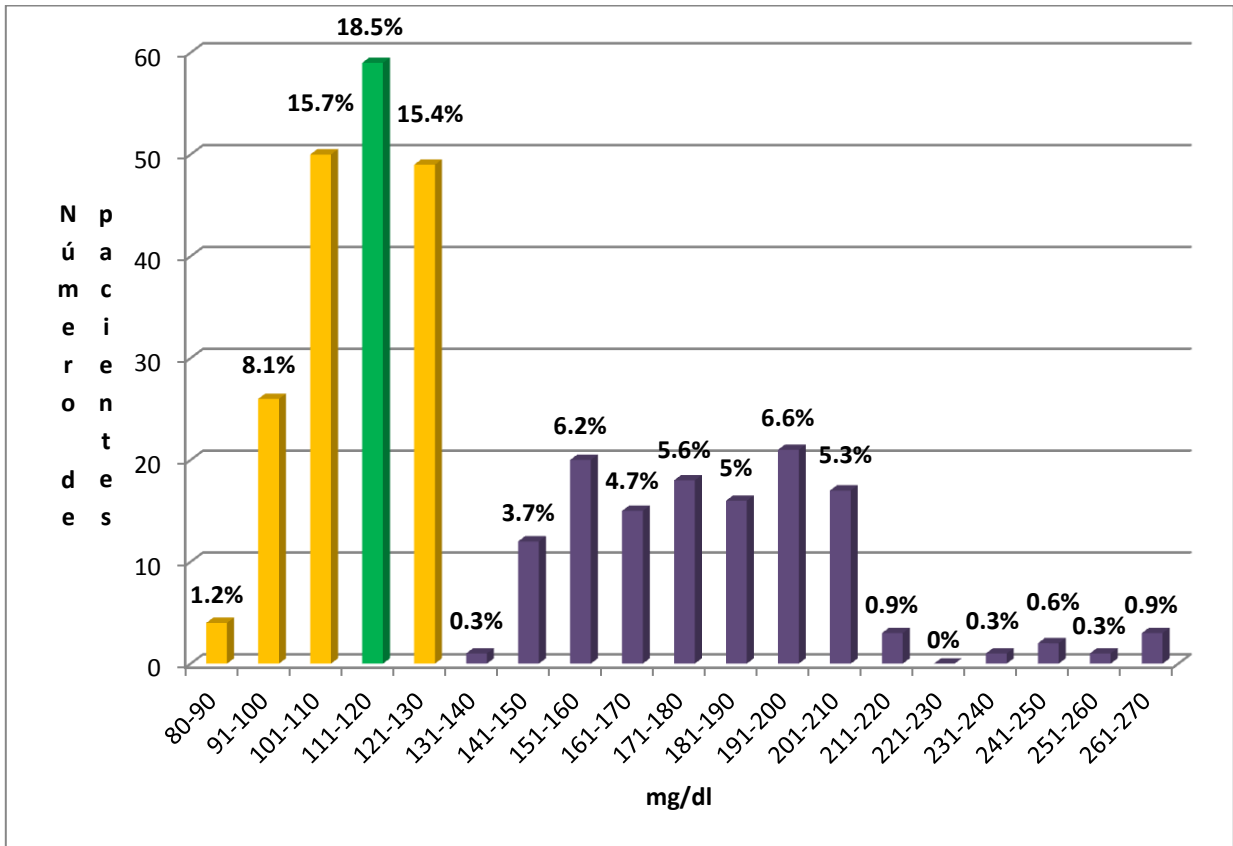
Gráfica 12. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base a su control glucémico en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a paciente diabético tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En relación al control glucémico observamos que el mayor número de pacientes corresponde a pacientes controlados con 188 pacientes que corresponde al 59.1% y el menor número de pacientes corresponde a pacientes descontrolados con 130 pacientes que corresponde al 40.9%.

Gráfica 13. Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 distribuidos en base a su nivel de glucosa en ayuno, en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.



Fuente: Expediente electrónico de pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En relación al nivel de glucosa en ayuno observamos que 59 pacientes se encontraron entre 111-120mg/dl que corresponde al 18.5%, mientras que ningún paciente se encontró entre 221-230mg/dl. Observamos una media de 140.75mg/dl.

TABLA 1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL						
	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil	Control glucémico (mg/dl)	Capacidad de autocuidado
Valores	318	318	318	318	318	318
Media	71.49	1.60	2.26	3.52	140.75	1.88
Mediana	70.50	2.00	2.00	3.00	125	2.00
Moda	69	2	2	3	118	2

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

Dentro de las medidas de tendencia central, en nuestro caso consideramos la moda para valorar cuál fue el resultado más frecuente en cada variable, encontrando que el sexo más afectado fue el femenino, la edad promedio de los pacientes fue de 71.4 años, el nivel de escolaridad predominante fue primaria y el estado civil en la mayoría casado. En cuanto al control glucémico se encontró que la mayor frecuencia corresponde a pacientes controlados y una capacidad media de autocuidado. (Tabla 1).

Respecto al análisis bivariado, valoramos si existía alguna asociación entre la capacidad de autocuidado con las variables que utilizamos en el mismo (Sexo, grupo de edad, escolaridad y estado civil). Esta asociación se realizó mediante análisis construyendo tablas de contingencia y calculando el valor de X^2 para cada una de las variables, dando mayor validez a los resultados, y cuando fueran significativos.

En los resultados obtenidos, no hubo ninguna relación entre la capacidad de autocuidado y la edad (X^2 34.740, p .433), sexo (X^2 3.446, p .486) o estado civil (X^2 4.916, p .767).

Tabla 2. Relación de la capacidad de autocuidado con el control glucémico, en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.

		RESULTADO			Total
		ALTA	MEDIA	BAJA	
GLUCOSA (mg/dl)	CONTROLADO	42	146	0	188
	DESCONTROLADO	1	124	5	130
Total		43	270	5	318

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.522 ^a	2	.000
Razón de verosimilitudes	48.200	2	.000
N de casos válidos	318		

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

Al uso de la prueba no paramétrica de X^2 encontramos un valor de 36.522^a, con un grado de libertad de 2, con un valor de p .000 por lo cual existe una relación significativa entre la capacidad de autocuidado y el control glucémico.

Tabla 3. Probabilidad de la relación de la capacidad de autocuidado con el control glucémico, en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Control Glu (1.00 / 2.00)	37.110	5.036	273.452
Para la cohorte Autoc = 1.00	1.278	1.182	1.382
Para la cohorte Autoc = 2.00	.034	.005	.247
N de casos válidos	318		

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

En cuanto a razón de momios (RM), el paciente con la suficiente capacidad de autocuidado tiene un mayor posibilidad de control glucémico RMP= 37.11, con un intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}) de 5.04-273.452.

Tabla 4. Relación de la capacidad de autocuidado con el nivel de escolaridad, en la UMF 21 del IMSS. Marzo a Diciembre del 2012.

		RESULTADO			Total
		ALTA	MEDIA	BAJA	
ESCOLARIIDAD	ANALFABETA	2	16	2	20
	PRIMARIA	25	182	3	210
	SECUNDARIA	14	60	0	74
	BACHILLERATO	2	12	0	14
Total		43	270	5	318

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.897 ^a	6	.045
Razón de verosimilitudes	9.137	6	.166
N de casos válidos	318		

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21. Marzo a Diciembre del 2012.

Al uso de la prueba no paramétrica de X^2 encontramos un valor de 12.897^a, con un grado de libertad de 6, con un valor de p de .045 por lo cual se observó una moderada relación de la capacidad de autocuidado con el nivel de escolaridad, lo cual es importante ya que, nos permite una adecuada comunicación con los pacientes y comprensión del proceso salud enfermedad, así como determina en gran medida la adopción de prácticas saludables y la toma de decisiones informadas para su práctica de autocuidado. (Tabla 4).

En el presente estudio, encontramos que la mayoría de los pacientes que se incluyeron en el mismo, fueron mujeres, constituyendo un 59% de los casos totales, esto coincide con estudio realizado por la Dra. De la Paz cols, quienes reportaron que demográficamente existe una frecuencia similar, del 60% para mujeres y 40% en hombres. Esto puede estar relacionado con los cambios hormonales en las mujeres después de los 50 años, los cuales favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer dicha enfermedad.^{xliii}

En relación al grupo de edad de los pacientes, en nuestro estudio, fue más frecuente este padecimiento en el grupo de edad comprendido entre los 65 a 70 años de edad, con un 50% de los casos en este grupo, mientras que pacientes de 71 a 75 años de edad constituyeron el 26% de los casos, este dato no coincide con lo reportado por la Dra. De la Paz, quien encontró una mayor frecuencia de pacientes con una edad de 70 a 79 años.^{xliiv}

Con respecto al nivel educativo, en nuestro estudio encontramos que el 66% de los pacientes tenían escolaridad primaria y solamente el 4.4% tenían escolaridad media superior. Esto es compatible con lo reportado en un estudio en Puerto Rico en 2007, en donde encontraron que el grupo más afectado por la enfermedad fue el de menor nivel de escolaridad.

En relación al estado civil, en nuestro estudio encontramos que el 68.9% es casado y un 26.4% es viudo. Este dato coincide con lo reportado por el Dr. Roberto Mendoza de Elías en donde utilizó un análisis de regresión logística multivariado mediante la Chi para establecer la posible asociación entre variables sociodemográficas, socioeconómicas y clínicas con la diabetes tipo 2, en donde se encontró una mayor frecuencia del estado civil casado con un 58.2%.^{xliv}

Para evaluar la capacidad de autocuidado se realizaron una serie de preguntas de la escala de evaluación “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA) en versión español, la cual ha sido valorada en América latina en 2009 por Manrique Abril, Fred doctor en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia,

determinando su confiabilidad en padecimientos crónicos y demostrado que tiene las propiedades psicométricas válidas y adecuadas para su aplicación.^{xlvi}

Respecto a la capacidad de autocuidado se encontró que la mayoría de los pacientes presentan una capacidad media de autocuidado con 270 pacientes que corresponde al 84.9% de los pacientes incluidos, y solo 43 pacientes que corresponde al 13.5% presentan una capacidad alta de autocuidado, con una media de 83.76 puntos. Respecto a esto se asemeja a lo reportado por la Doctora en enfermería Irasema Romero Baquedano en 2010, en donde un 66.5% correspondió a una media capacidad de autocuidado.^{xlvii}

En cuanto a las áreas evaluadas en la escala “*Apreciación de la agencia de autocuidado*” (ASA), no se cuenta con artículos médicos que describan las preguntas correspondientes a cada una de las cinco áreas evaluadas.

En relación al control glucémico, encontramos que un 59.1% de nuestros pacientes tenían control de su nivel glucémico, mientras que un 40.9% presentaba un descontrol en su nivel de glucémico. Esto no coincide con lo reportado en el ISSSTE Yucatán, México en 2010 en donde se encontró que un 66.9% de los pacientes incluidos tenía glucemia por arriba de 140 mg/dL y los diabéticos con control glucémico representaron el 33%.^{xlviii}

Finalmente, respecto al análisis bivariado, valoramos la asociación entre la capacidad de autocuidado con las variables sociodemográficas, esta asociación se realizó mediante análisis construyendo tablas de contingencia y calculando el valor de X^2 para cada una de las variables, dando mayor validez a los resultados, y cuando fueran significativos. En los resultados obtenidos, no hubo ninguna asociación entre la capacidad de autocuidado y la edad, sexo o estado civil. Lo que difiere del estudio realizado en México 2010 por la Doctora en enfermería Irasema Romero Baquedano, en donde se asocio significativamente estas variables con la capacidad de autocuidado.^{xlix}

En los resultados obtenidos se observó que la mayor capacidad de autocuidado se relaciona con el mejor control glucémico del paciente diabético tipo 2 ($p .000$), lo que coincide con lo expuesto en un estudio realizado por la Dra. *Elizabeth Díaz en 2011* ($p .001$).[!]

En cuanto a la capacidad de autocuidado con el nivel de escolaridad, al uso de la prueba no paramétrica de X^2 encontramos un valor de 12.897^a, con un grado de libertad de 6, con una significancia de .045, por lo cual se observó una moderada relación de la escolaridad con la capacidad de autocuidado, lo cual coincide con el estudio realizado en México 2010 por el Doctor en enfermería Irasema Romero Baquedano, en donde existió una relación con la capacidad de autocuidado (p .124).ⁱⁱ

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observa que la mayor capacidad de autocuidado se relaciona ($p < .000$) con el mejor control glucémico del paciente diabético tipo 2.

La capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2, en la mayoría fue el rubro medio que correspondió al 84.9% y alta en tan solo el 13.5%; el control glucémico observado fue en el 59.1% de los pacientes.

Esto cobra importancia para los profesionales de la salud, ya que a través del análisis comparativo entre los resultados de la investigación y la bibliografía escogida, si el paciente mantiene un adecuado control de los niveles de glucosa en sangre y alta capacidad de autocuidado puede prevenir o retrasa la aparición de complicaciones.

Cabe mencionar que a raíz de los datos revelados por este estudio se desprende necesariamente una valorización de la capacidad de autocuidado y de cómo incide en el control glucémico, para que el médico familiar desarrolle herramientas propias para lograr su cumplimiento.

De esta investigación además se extrapola que nuestras intervenciones deben ser innovadoras, participativas y críticas para esta problemática, ya que las razones de la deficiente capacidad de autocuidado nacen principalmente de factores personales y ambientales, esto además de hacernos ver cuáles son las barreras que debemos afrontar como profesionales, nos permite vislumbrar la complejidad de la tarea, ya que la principal meta en el proceso de autocuidado debe ser el enseñar al enfermo crónico a vivir con su enfermedad, una vez logrado esto se podrá lograr un control glucémico.

La educación e individualización del manejo de la diabetes deben ser el fundamento de nuestro continuo accionar y de una propicia actitud como médicos especialistas en medicina familiar, lo cual aportará una continua retroalimentación y relación médico-paciente, coadyuvando a la confianza, la participación activa y el mutuo entendimiento entre ambas partes, lo cual hasta hoy ha sido una necesidad en creciente demanda.

La medición de la capacidad de autocuidado no es fácil, un método muy utilizado es la escala de “Apreciación de la agencia de autocuidado” que, combinada con la

determinación de hemoglobina glicosilada, permite una buena aproximación al resultado.

En enfermedades que precisan un tratamiento a largo plazo como lo es la diabetes mellitus tipo 2 se ha de aumentar la capacidad de autocuidado para conseguir un mejor control glucémico y por consiguiente disminuir las complicaciones que esta enfermedad produce.

SUGERENCIAS

En base a los resultados y conclusiones del presente trabajo, podemos emitir las siguientes recomendaciones para mejorar la atención y el pronóstico de los pacientes diabéticos tipo 2.

Incrementar la participación del equipo de salud, principalmente de Enfermería en programas integrales de salud nutricional, que fomenten el bienestar físico del individuo coadyuvando a limitar la presencia de complicaciones en los pacientes diabéticos tipo 2 y favoreciendo un envejecimiento exitoso.

El médico familiar se involucre en las necesidades de cada paciente, tomando consideración a las preferencias personales y culturales y el estilo de vida, respetando los deseos individuales de la persona y la buena voluntad de cambiar.

Reforzar la educación a los pacientes sobre lo que significa el autocuidado, con la finalidad de que aprendan a identificar factores de riesgo y complicaciones para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la capacidad de transmitir lo aprendido en las sesiones educativas brindadas por el servicio de trabajo social.

Realizar mayor difusión entre los derechohabientes por parte del equipo de salud en especial enfermería y asistentes médicas, sobre la importancia de realizar detecciones oportunas, con la finalidad de comenzar un tratamiento temprano, ya que existen muchos pacientes que no conocen las complicaciones que pueden llegar a tener.

Es importante realizar sesiones con pacientes diabéticos tipo 2 en donde expongan sus experiencias y expliquen cómo logran la capacidad de autocuidado o cuáles son las adversidades que han tenido en este proceso, esto en la voz del propio paciente con apoyo de trabajo social.

Lograr la capacidad de autocuidado y verificar su cumplimiento no es fácil, es por esto que se sugiere la creación de un programa institucional de vigilancia estrecha del paciente diabético, con apoyo de trabajo social y médicos familiares, mediante visitas domiciliarias en donde se evalúe la capacidad de autocuidado con aplicación de instrumentos y seguimiento de su control glucémico.

Para verificar el efecto del autocuidado en el control glucémico, se sugiere realizar estudios de tipo prospectivo utilizando éstas variables, con un instrumento que

mida acciones de autocuidado en un periodo de tiempo de tres meses, que coincida con el tiempo promedio que mide la hemoglobina glicosilada (HbA1c) para conocer el control glucémico mediante dos mediciones.



CONSENTIMIENTO INFORMADO
ASPECTOS ÉTICOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”



México D.F. a _____ de _____ del 2012.

Yo _____ he sido informado (a) por la Dra. Zepeda Vidales Guadalupe M., Residente de Segundo año de la Especialidad de Medicina Familiar, que desarrolla un trabajo de investigación en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS acerca de “La asociación de la capacidad de autocuidado con el control glucémico del paciente diabético tipo 2, de la UMF No. 21”

es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo, contestando la ficha de Identificación y la escala “*Apreciación de la agencia de autocuidado*” (ASA), para valorar mi capacidad de autocuidado.
2. Permito que se utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que se utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que la Dra. Zepeda tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por ella manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento de la investigación en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
5. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio.

Nombre y Firma del Sujeto

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Números telefónico a los que puede comunicarse en caso de dudas y preguntas relacionadas al estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 21 tel. 57686000 ext. 21428 o al 044-55-39024118 Dra. Zepeda Vidales Guadalupe M. R2MF. 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, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No.21
CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN
“ LA ASOCIACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO CON EL
CONTROL GLUCÉMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2, DE LA UMF NO.
21”



- ❖ Las siguientes preguntas son referentes a su entorno social y personal, recordando que la información que proporcione es confidencial y solo de interés para la investigación.
- ❖ Conteste las siguientes preguntas y encierre en un círculo la respuesta que considere más adecuada

Folio: _____
 Nombre: _____
 Edad: _____

Glucosa en ayuno: _____

Sexo	1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo 6. Otro
Escolaridad	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado

- ❖ Marque con una **X** la respuesta que considere más conveniente.
- ❖ Escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA).

PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Según cambien las circunstancias ¿hago ajustes para mantenerme con salud?					
2. ¿Verifico las formas habituales de mantenerme con salud?					
3. ¿Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme?					
4. ¿Hago lo					

necesario para mantenerme limpio a mi alrededor?					
5. Si es necesario, ¿Pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?					
6. ¿Tengo la energía para cuidarme como debo?					
7. ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?					
8. Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?					
9. ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?					
10. ¿Tengo la capacidad de manejar situaciones para mantenerme tal como soy?					
11. ¿Hago ejercicio y descanso un poco durante el día?					
12. ¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?					
13. ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿Pido explicación					

sobre lo que entiendo?					
15. ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?					
16. En otros tiempos ¿he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ello mejoraba mi salud?					
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, ¿pido información sobre los efectos indeseados?					
18. ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?					
19. ¿Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?					
20. En mis actividades diarias, ¿Saco tiempo para cuidarme?					
21. ¿Busco información sobre mi salud si ésta se ve afectada?					
22. ¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad?					
23. ¿Puedo tomar tiempo para mí?					
24. Aún con limitaciones para moverme ¿soy capaz de cuidarme como a mí me gusta?					

- ⁱ Mauricio Hernández Ávila. Juan Pablo Gutiérrez. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012.
- ⁱⁱ Mauricio Hernández Ávila. Juan Pablo Gutiérrez. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. pp 116.
- ⁱⁱⁱ American diabetes association diabetes care. Standards of medical care in diabetes—2011. Volume 34, supplement 1, January 2011. S11.
- ^{iv} Mauricio Hernández Ávila. Juan Pablo Gutiérrez. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. pp 116.
- ^v American diabetes association diabetes care. Standards of medical care in diabetes—2011. Volume 34, supplement 1, January 2011. S11.
- ^{vi} Amador Díaz MB, Marquez Celedonio FG, Sabido Sighler AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos Medicina Familiar. Vol. 9 (2) 99-45.
- ^{vii} Bustos Saldaña, R; Barajas Martínez, A; López Hernández, G; Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México Archivos en Medicina Familiar, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. México. Vol. 9, Núm. 3, julio-septiembre, 2007, pp. 147-155
- ^{viii} Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud Primera edición, 2007 D.R. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México,D.F. pp 29 y 30.
- ^{ix} Mauricio Hernández Ávila. Juan Pablo Gutiérrez. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012.
- ^x Mauricio Hernández Ávila. Juan Pablo Gutiérrez. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012.
- ^{xi} José Luis Vázquez, Héctor Gómez Dantes. *Diabetes mellitus en población adulta del IMSS*. Rev Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Med Inst Mex Seguro Soc. 2006. pp 14

^{xii} American diabetes association diabetes care, Standards of medical care in diabetes, 2011. Volume 34, supplement 1, January 2011. s11-s61.

^{xiii} Ramírez Martínez, Raymundo Chavira Mejía, Herman Schargrotsky, Beatriz Marcet Champagne. Diabetes en México. Estudio CARMELA. Cir Cir 2011;79:425.

^{xiv} American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, 2009. Diabetes Care 2009;32(suppl 1):s13-s61.

^{xv} Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Mario Alberto Oviedo Mota, Francisco Espinosa Larrañaga, Hortensia Reyes Morales, Juan Antonio. Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S32

^{xvi} Mauricio Hernández Ávila. Juan Pablo Gutiérrez. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. pp 116.

^{xvii} Dra. Katia Leonor de la Paz Castillo, Dra. Leydis Proenza Fernández, Dr. Yurieth Gallardo Sánchez, Dra. Suzel Fernández Pérez y Dra. Agustina Mompíe Lastre. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN 2012. pp 492

^{xviii} Bustos Saldaña, R; Barajas Martínez, A; López Hernández, G; Sánchez Novoa, E; Palomera Palacios, R; Islas García, J. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 3, julio-septiembre, 2007, pp. 147.

^{xix} Guzmán Pérez María Isabel, Cruz Cauich Armando de Jesús, Parra Jiménez Jigney, Manzano Osorio Marbella. Control glucémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Rev Enferm IMSS 2005. pp 9.

^{xx} Amador-Díaz, MB; Márquez-Celedonio, FG; Sabido Sighler, AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2 Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 99-107. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C.

^{xxi} Guzmán Pérez MA, Cruz Cauich AJ, Parra Jiménez J, Manzano-Osorio M. Control glucémico, conocimientos y autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Rev. Enferm. IMSS 2005; 13(1):9-13.

^{xxii} Amador-Díaz, MB;Márquez Celedonio, FG; Sabido Sighler, AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2 Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 99-107 Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C.

^{xxiii} Ofelia Tobón Correa. El autocuidado una habilidad para vivir. Citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989, pp. 3.

^{xxiv} Amador Díaz, MB; Márquez Celedonio, FG; Sabido Sighler, AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2 Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 100.

^{xxv} Amador-Díaz, MB; Márquez Celedonio, FG; Sabido Sighler, AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 100.

^{xxvi} Lic. Annia Rojas Gallo, Lic. Sandra Pérez Pimentel. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev Cubana Enfermer v.25 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009. pp 2.

^{xxvii} Ofelia Tobón Correa. Enfermera. Especialista en Promoción de la Salud. Profesora Titular del Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. El autocuidado, una habilidad para vivir. pp 5.

^{xxviii} Ofelia Tobón Correa. Enfermera. Especialista en Promoción de la Salud. Profesora Titular del Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. El autocuidado, una habilidad para vivir. pp 6.

^{xxix} Ofelia Tobón Correa. Enfermera. Especialista en Promoción de la Salud. Profesora Titular del Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. El autocuidado, una habilidad para vivir. pp 9.

^{xxx} Ofelia Tobón Correa. Enfermera. Especialista en Promoción de la Salud. Profesora Titular del Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. El autocuidado, una habilidad para vivir. pp 10 y 11.

^{xxxi} Carmen Muñoz Mendoza, Julio Cabrero García, Miguel Richart Martínez, María Isabel Orts Cortés y María José Cabañero Martínez. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. Enfermería Clínica. 2005. pp 76.

^{xxxii} Manrique Abril, Fred Fernández, Alba Velandia, Anita Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia Aquichan, Universidad de La Sabana Colombia. Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 224.

^{xxxiii} Carmen Muñoz Mendoza, Julio Cabrero García, Miguel Richart Martínez, María Isabel Orts Cortés y María José Cabañero Martínez. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. Enfermería Clínica. 2005. pp 83.

^{xxxiv} Manrique Abril, Fred Fernández, Alba Velandia, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia Aquichan, Universidad de La Sabana Colombia. Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 224.

^{xxxv} Manrique Abril, Fred Fernández, Alba Velandia, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia Aquichan, Universidad de La Sabana Colombia. Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 222-235.

^{xxxvi} Manrique Abril, Fred Fernández, Alba Velandia, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia Aquichan, Universidad de La Sabana Colombia. Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 222.

^{xxxvii} M. en C. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación Mcgraw-Hill, 2010. Capítulo 8.

^{xxxviii} M. en C. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación Mcgraw-Hill, 2010. Capítulo 8.

^{xxxix} M. en C. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación Mcgraw-Hill, 2010. Capítulo 8.

^{xl} Manrique Abril, Fred Fernández, Alba Velandia, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia Aquichan, Universidad de La Sabana Colombia. Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 222.

^{xli} American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, 2009. Diabetes Care 2009;32(suppl 1):s13-s61. Citado en Actualizaciones el Médico 2009 pp 13.

^{xlii} Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura CLXXXIV 730 marzo-abril (2008) 349-352 ISSN: 0210-1963. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

^{xliii} Dra. Katia Leonor de la Paz Castillo, Dra. Leydis Proenza Fernández, Dr. Yurieth Gallardo Sánchez, Dra. Suzel Fernández Pérez y Dra. Agustina Mompié Lastre. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN 2012, pp 489.

^{xliv} Dra. Katia Leonor de la Paz Castillo, Dra. Leydis Proenza Fernández, Dr. Yurieth Gallardo Sánchez, Dra. Suzel Fernández Pérez y Dra. Agustina Mompié Lastre. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. Risk factors in the elderly with diabetes mellitus . MEDISAN 2012; 16(4): 489.

^{xlv} Roberto Mendoza de Elias. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones dentales asociadas en una población de adultos atendidos en las clínicas estomatológicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua. Revista ADM /julio-agosto 2012/vol. XIX no. 4 p.p. 179.

^{xlvi} Manrique-Abril, Fred Fernández, Alba Velandia, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia Aquichan, Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 222-235

^{xlvii} Irasema Romero Baquedan, Manoel Antônio dos Santos, Tatiane Aparecida Martins, Maria Lúcia Zanetti. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem, nov.-dec. 2010. pp 5.

^{xlviii} Sergio William Pech Estrella, Jesús Edmundo Baeza Baeza, María Jesús Ravell Pren. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010; 15(4): pp 213.

^{xlix} Irasema Romero Baquedan, Manoel Antônio dos Santos, Tatiane Aparecida Martins, Maria Lúcia Zanetti. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem, nov.-dec. 2010. pp 213.

^l Elizabeth Díaz, Marcia Orejuela, Luis Pinza. Factores relacionados con el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en tres hospitales de la ciudad de Quito-Ecuador. Revista Médica Vozandes. Volumen 23, Número 1, 2012. pp 5

^{li} Irasema Romero Baquedan, Manoel Antônio dos Santos, Tatiane Aparecida Martins, Maria Lúcia Zanetti. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(6) nov.-dec, pp 2011.