



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA



INVESTIGACIÓN

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE
DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

ALAVEZ MELENDEZ YARIZBETH
ORTEGA TOLENTINO OLGA YARENDI

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

ASESOR DE TESIS

DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

México, D.F. Octubre 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas las gracias que nos ha brindado, entre ellas poder concluir nuestros estudios en compañía de la familia y personas que ha puesto en nuestro camino.

A la UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que nos permitió ser egresadas de la máxima casa de estudios y hace posible la realización de programas de alto nivel académico, al Director, Coordinadores de área, Profesores, Administrativos y el personal que labora en la institución, muchísimas gracias.

A nuestra directora de tesis Irma Cortés Escárcega, por ser la guía a lo largo de éste trabajo, por demostrarnos que aún hay personas que aman enseñar y compartir sus conocimientos, así como demostrarnos que la sencillez es una virtud que no se debe perder.

A nuestro asesor de tesis el Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, por compartir su sabiduría y experiencia en la investigación científica.

A nuestros amigos y compañeros de Medicina, Odontología y Psicología que pertenecieron al programa, por compartir sus conocimientos con nosotras para lograr una visión multidisciplinaria.

Sobre todo a los pacientes del programa DUPAM, por brindarnos tan amablemente su hogar, amistad y vivencias, sin las cuales, no hubiera sido posible la placentera estancia en el programa.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres por apoyarme en cada momento y decisión que he tomado a lo largo de mi vida; por demostrarme lo mucho que me quieren al formarme como una persona libre y responsable mediante confianza, paciencia y comprensión, por demostrarme que con honradez y trabajo puedo conseguir mis más altos sueños, por todo el amor, cuidados y desvelos que cause; así como el enseñarme a luchar por lo que quiero y no conformarme.

A mis hermanas y hermano, por ser las mejores personas y me han enseñado a valorar los esfuerzos realizados para alcanzar una de las más grandes metas, por todo su apoyo.

A mi esposo Marco, por su amor y comprensión tanto en los momentos de estrés como en los de felicidad. Por ser mi aliado y compañero en la realización de mis sueños por creer siempre en mí y demostrar el cariño que le tiene a mi familia.

A mi compañera Olga, por el apoyo otorgado en la realización de éste trabajo, así como demostrarme que la verdadera amistad perdura en el tiempo y que sin importar ser diferentes siempre se encuentra un punto de convergencia que posibilita ayudar a los amigos cuando lo necesitan, por tranquilizarme en el trabajo de campo y finalmente por convertirse en una gran amiga.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por el apoyo incondicional.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
CARRERA DE ENFERMERÍA



ASUNTO: Asignación de Jurado

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesis con el Título: **"AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA"**, de la C. ALAVEZ MELENDEZ YARIZBETH con No. de cuenta 306050789, de la carrera de Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

PRESIDENTE:

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

VOCAL:

MTRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

SECRETARIO:

MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR

SUPLENTE:

L.E. MA. DEL CARMEN RODRÍGUEZ
ESTRADA

SUPLENTE:

LIC. MARTHA PATRICIA TORNERO
LAGUNES

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 03 de Julio de 2014.

JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ.

LYDIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la **TESIS** con el Título "**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA**", preparado por la alumna **C. YARIZBETH ALAVEZ MELENDEZ**, con número de cuenta **306050789**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014

PRESIDENTE

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

SCK/Cristy*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la **TESIS** con el Título "AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA", preparado por la alumna **C. YARIZBETH ALAVEZ MELENDEZ**, con número de cuenta **306050789**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014

VOCAL

MTRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

ICE/Cristy*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la **TESIS** con el Título "**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA**", preparado por la alumna **C. YARIZBETH ALAVEZ MELENDEZ**, con número de cuenta **306050789**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014

SECRETARIO

MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR

LTA/Cristy*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la **TESIS** con el Título "**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA**", preparado por la alumna **C. YARIZBETH ALAVEZ MELENDEZ**, con número de cuenta **306050789**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014

SUPLENTE

L.E. MA. DEL CARMEN RODRÍGUEZ ESTRADA

MCRS/Cristy*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la **TESIS** con el Título "**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA**", preparado por la alumna **C. YARIZBETH ALAVEZ MELENDEZ**, con número de cuenta **306050789**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014

SUPLENTE

LIC. MARTHA PATRICIA TORNERO LAGUNES

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres por darme la vida, brindarme amor, cariño, cuidados y educación. Por el esfuerzo y sacrificio que realizaron para convertirme en una profesionalista, a quienes con este logro quiero devolver un poco de lo que me han dado desde antes de nacer.

A mi amado esposo que ha sido el impulso durante mi carrera, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mis hijos Elián y Gael por ser el motivo de mí existir y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron amor y comprensión para poderlos superar, quiero enseñar a cada uno de ellos que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida lograrlo.

A mi amiga Yarizbeth por ser mi pilar y el apoyo incondicional para la culminación de esta investigación, por estar conmigo en los momentos malos y en los de felicidad, por saber que puedo contar contigo y enseñarme a ser mejor mujer.

Para ellos lo dedico con todo mi amor, admiración, gratitud, respeto.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
CARRERA DE ENFERMERÍA



ASUNTO: Asignación de Jurado

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesis con el Título: **"AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA"**, de la C. OLGA YARENDI ORTEGA TOLENTINO con No. de cuenta 305268875, de la carrera de Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

PRESIDENTE:

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

VOCAL:

MTRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

SECRETARIO:

MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR

SUPLENTE:

L.E. MA. DEL CARMEN RODRÍGUEZ
ESTRADA

SUPLENTE:

LIC. MARTHA PATRICIA TORNERO
LAGUNES

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014.

JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ.

LYDIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA", preparado por la alumna **C. OLGA YARENDI ORTEGA TOLENTINO**, con número de cuenta **305268875**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014.
P R E S I D E N T E

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

"LYDIA"



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA", preparado por la alumna **C. OLGA YARENDI ORTEGA TOLENTINO**, con número de cuenta **305268875**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D.F., a 10 de Junio de 2014.

V O C A L

MTRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

LYDIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA", preparado por la alumna C. OLGA YARENDI ORTEGA TOLENTINO, con número de cuenta 305268875, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014.
SECRETARIO

MTRA. LEONARDA TORRES AMADOR

LYDIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el Título: "AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA", preparado por la alumna **C. OLGA YARENDI ORTEGA TOLENTINO**, con número de cuenta **305268875**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014.
S U P L E N T E

L.E. MA. DEL CARMEN RODRÍGUEZ ESTRADA

LYDIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la TESIS con el Título: "AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA DUPAM FES ZARAGOZA", preparado por la alumna C. OLGA YARENDI ORTEGA TOLENTINO, con número de cuenta 305268875, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 10 de Junio de 2014.
S U P L E N T E

LIC. MARTHA PATRICIA TORNERO LAGUNES

LYDIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO I	
1.1 Justificación.....	22
1.2 Planteamiento del Problema.....	26
1.3 Objetivos.....	28
CAPÍTULO II	
2.1 Marco Referencial; Diabetes.....	29
2.2 Marco Contextual; Diabetes un Programa de Atención a la Salud (DUPAM)	35
2.3 Marco Conceptual; Teoría del Autocuidado de Orem.....	40
2.4 Estado del arte.....	46
CAPÍTULO III MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 Diseño metodológico	
3.1.1 Tipo de Estudio.....	56
3.1.2 Universo, Población y muestra.....	56
3.2 Criterios de selección	
3.2.1 Criterios de Inclusión.....	56
3.2.2 Criterios de Exclusión.....	57
3.2.3 Criterios de Eliminación.....	57
CAPÍTULO IV	
4.1 Operacionalización de las Variables.....	58
4.2 Procedimientos.....	63
4.2.1 Recolección de datos.....	63
4.2.2 Medición de datos.....	63
4.2.3 Análisis de datos.....	64
4.2.4 Instrumento de medición.....	64

CAPÍTULO V

5.1 Consideraciones éticas.....	66
---------------------------------	-----------

CAPÍTULO VI

6.1 Resultados.....	72
6.2 Análisis de resultados.....	88
6.3 Discusión.....	90
6.4 Conclusiones.....	94

ANEXOS

Consentimiento informado	99
Instrumento	100
Actividades DUPAM.....	103

BIBLIOGRAFÍA.....	107
--------------------------	------------

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es uno de los mayores problemas de salud pública, responsable de un alto porcentaje de muertes por año a nivel Mundial y en México. Actualmente existen en el mundo 347 millones de personas que padecen la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que las muertes aumentarán hasta el doble entre los años 2005-2030.

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, la DM2 es sin duda el mayor reto que enfrenta nuestro Sistema Nacional de Salud. Por eso resulta de vital importancia que las unidades del primer nivel de atención a la salud implementen programas preventivos dirigidos a estos pacientes a través de estrategias de Autocuidado (Ac), para evitar las complicaciones mortales que trae consigo esta enfermedad.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) da respuesta a esta problemática mediante el programa Diabetes Un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM) en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) "Tamaulipas". Este programa proporciona una atención multidisciplinaria por parte de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología, para el restablecimiento de la salud del paciente que padece DM2. El papel del personal de Enfermería en el DUPAM es, realizar estrategias para la prevención de complicaciones y el mantenimiento del estado de salud de los pacientes mediante la Agencia del Autocuidado (AAC), las actividades de autocuidado realizadas por el paciente favorecerán que este mismo implemente la AAC.

La presente investigación se llevó a cabo en el periodo agosto 2012 a julio 2013 con pacientes del programa DUPAM, para analizar la AAC de cada paciente. La AAC se refiere al acto individual de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada, por lo que al mantener esta agencia los pacientes diabéticos, pueden mejorar su calidad de vida pues esto influye para incrementar la adherencia terapéutica; es decir, que cumplan la

prescripción médica y mejoren sus hábitos higiénicos dietéticos además de la actividad física.

En el primer capítulo se encuentra la justificación y el planteamiento del problema.

Abordaremos el marco referencial en el capítulo segundo, donde también se incluye la definición, etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la DM2. En el marco contextual se menciona el origen de las ocho CUAS y la implementación del proyecto DUPAM en la CUAS “Tamaulipas”; además abarca los objetivos, el propósito, misión, visión y actividades multidisciplinarias. El marco conceptual describe la Teoría de Autocuidado (TAAC) de Dorothea Orem, el Metaparadigma, conceptos básicos, premisas, requisitos de Autocuidado, AAC y Capacidad de Autocuidado (CAC). Por último se incluye el estado del arte que avala la presente investigación.

El capítulo tercero muestra el diseño metodológico el cual es cuantitativo, descriptivo y transversal.

El instrumento que se utilizó en la investigación lleva como nombre “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” (ASA) se incluye en el capítulo cuarto que contiene también la medición, análisis de los datos y su interpretación, donde los requisitos que se tomaron de la teoría de Dorothea Orem fueron: mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, mantenimiento del equilibrio y reposo, mantenimiento del equilibrio de la interacción social, prevención de peligros para la vida y funcionamiento humano y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

En el quinto capítulo se encuentran las bases éticas legales que sustentan la investigación.

En el capítulo sexto contiene los resultados obtenidos tabulando cada uno de los ítems que contiene la test ASA, el análisis de forma general, la discusión y por último se integran las conclusiones.

CAPÍTULO I

1. JUSTIFICACIÓN

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF) en el 2011, 366 millones de personas en el mundo tenían esta enfermedad y para el 2030 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones. Además en el año 2012 la DM2 causó 4,8 millones de muertes en el mundo.¹

Más del 80% de las muertes por DM2 se registran en países de ingresos bajos-medios y casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.²

Hoy en día la DM2 en México es reconocida como un problema de salud pública. El doctor Frenk Mora menciona que esta enfermedad es actualmente uno de los padecimientos crónicos no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, pues se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En las naciones en vías de desarrollo ya se considera una epidemia, por lo que constituye uno de los principales retos de la salud pública en el siglo XXI.

México ocupa el noveno lugar en el mundo en incidencia de DM2 y de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud (SSA), para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio.³

¹ Atlas de la Diabetes. La Carga Mundial. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>

² Federación Mexicana de Diabetes. Diabetes en números. Fecha de consulta 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php

³ Martínez M. México ocupa el séptimo sitio mundial en incidencia de diabetes mellitus. La Jornada. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/03/01/sociedad/046n3soc>

De acuerdo con cifras que emite la OMS, en México casi el 80 por ciento de las muertes son ocasionadas por las complicaciones de la DM2 es decir 13 de cada 100 muertes en el país.⁴ Según la Federación Mexicana de Diabetes (FMD) la DM2 es la primera causa de amputación, además representa la primera causa de ceguera en adultos, así como de las primeras causas de insuficiencia renal crónica, todo esto representa un grave problema, si consideramos que es la cuarta causa de muerte, así como la segunda causa de ocupación de camas, después de los embarazos y partos. En relación a lo anterior el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) refiere que en el 2008, la tasa de incidencia de DM2 representó 371.55 personas por cada cien mil habitantes, la cual está asociada a los malos hábitos alimenticios, sedentarismo y sobrepeso.⁵

La tasa de mortalidad observada por DM2 en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes, siendo el Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9) y Michoacán (80.4) quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por esta afección. En el Estado de México (EDOMEX) en el año 2011 se reportaron un total de 58 050 casos de DM2 y se registraron 11 mil 600 personas por fallecimiento a consecuencia de esta enfermedad.⁶

De acuerdo a estadísticas de la SSA en el EDOMEX, la DM2 es la principal enfermedad causante de muerte en ciudadanos mexicanos. En una lista de las 10 principales enfermedades por las que fallecen los mexicanos, señaló que la diabetes ocupa el primer lugar con el 16%, le siguen en segundo lugar los padecimientos del corazón con un 14% y en tercer lugar tumores malignos con un 11 por ciento.

⁴ OMS. 10 datos sobre la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>

⁵ INEGI. Conociendo México. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexico/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf

⁶ Vive con Diabetes. Estadísticas. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas>

La DM2 por lo tanto, es contemplada como un problema de salud pública, que establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial perdidos a consecuencia de las complicaciones crónicas o de la mortalidad.

Los gastos involucrados en el cuidado y manejo de la DM2 han incrementado, tanto los que tienen que ver con los individuos, como los que tienen que ver con los sistemas de salud.

La OMS estima que entre 4% y 5% de los presupuestos de salud se gastan en las enfermedades relacionadas con la DM2.⁷ Los gastos médicos de una persona con DM2 son de dos a cinco veces más altos que los de una persona sin esta enfermedad. Esta es la causa de la mayor parte de las visitas médicas, la razón principal de adquisición de aditamentos médicos y de medicamentos, así como la primera causa de ingreso a los hospitales.

Por lo antes mencionado es de vital importancia que los centros de primer nivel de atención a la salud implementen programas para la atención de estos pacientes; pues la aplicación de estrategias de autocuidado en ellos es importante para evitar las complicaciones incapacitantes o mortales que trae consigo esta enfermedad. Es por ello, que diferentes programas, grupos y asociaciones tratan de unir sus esfuerzos y conocimientos, para poder ayudar a las personas con DM2 mediante la realización de pláticas, cursos y sesiones de adiestramiento con la finalidad de que cada día, los pacientes conozcan más sobre su enfermedad.

En la CUAS Tamaulipas en el año 2002 se creó el programa DUPAM, cuyo propósito es crear un modelo de atención multidisciplinaria en el primer nivel a personas que padecen DM2. El DUPAM es un programa universitario que implementa la intervención multidisciplinaria sanitaria y sociocultural para

⁷ OMS. 10 datos sobre la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>

personas con diabetes y sus respectivas familias que son atendidos en la CUAS Tamaulipas, para favorecer la adhesión al tratamiento médico mediante la modificación de estilos de vida y con ello lograr el control de la enfermedad.

A doce años de estar operando el programa es importante conocer si las intervenciones multidisciplinarias han propiciado que los pacientes desarrollen la AAC.

Dorothea Orem, en su TAAC enfatiza la responsabilidad individual, la prevención y la educación para la salud, como aspectos claves de la actividad de la enfermería. El papel de enfermería en el DUPAM es desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a estos individuos y a sus familias a iniciar y mantener una AAC que conlleve al individuo a reducir los riesgos de su enfermedad o de reducir complicaciones que tengan implicaciones individuales y sociales.

El propósito de esta investigación fue analizar la AAC del paciente diabético del programa DUPAM.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La DM2 ha aumentado 30% en México en las últimas dos décadas a causa del notable incremento de obesidad y sobrepeso en la población, según datos de la SSA la enfermedad que nos ocupa, hizo su aparición dentro del cuadro de las principales causas de muerte del país a mediados de la década de los ochenta y actualmente se encuentra en el tercer lugar.

Otro aspecto fundamental de la epidemiología de la Diabetes en México es la proporción de individuos (alrededor del 10%) que desarrollan DM2 antes de los 40 años de edad. Estos sujetos tienen un mayor riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, ya que están expuestos a los efectos de la hiperglucemia por períodos más prolongados, comparados con los sujetos que desarrollan la enfermedad después de la quinta o sexta década de la vida.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, encontró que el Estado de México se encuentra dentro de las siete entidades con mayor prevalencia (10.5%).⁸

Según cifras de INEGI en 2008 hubo 70.53 defunciones por DM2 por cada 100 mil habitantes en el municipio de Nezahualcóyotl⁹, pues esta enfermedad ocupa el primer lugar de morbilidad en este municipio con un 14%.

Para lograr reducir la carga social de esta enfermedad, además de la detección y tratamiento oportuno, se requiere de una profunda intervención de carácter preventiva y de Ac.

El programa DUPAM se enfoca a que la persona con DM2 conozca su enfermedad, modifique su estilo de vida y adquieran habilidades para su Ac,

⁸ ENSANUT 2012. Resultados nacionales. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

⁹ CONAPO. Estadísticas de Mortalidad E Indicadores demográficos básicos por entidad federativa. Fecha de consulta: 21/09/2013 23:06:16

para mantener o mejorar su estado de salud evitando complicaciones. La disciplina de enfermería se encarga de fomentar las actividades de Ac para que cada individuo las aplique adecuadamente en su vida cotidiana.

La adopción de actividades de Ac aprendidas por el paciente Diabético en el DUPAM es de vital importancia para el mantenimiento de su estado de salud, tanto personal como familiar. Cada individuo es capaz de lograr una AAC óptima si este mismo adopta las acciones de educación para la salud impartidas por el equipo multidisciplinario en el DUPAM.

Por lo anterior expuesto surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué nivel de AAC tienen los pacientes diabéticos del programa DUPAM?

1.3. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de AAC que practican los pacientes con DM2 que acudieron al programa DUPAM del 1° de Agosto 2012 al 31 de Julio 2013.

1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indicar los factores básicos condicionantes que influyen al estado de salud en los pacientes con DM2.
- Identificar las actividades de autocuidado que practican los pacientes del DUPAM.
- Describir las actividades de autocuidado que realizan los pacientes del DUPAM.
- Calificar la AAC que presentan los pacientes.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO REFERENCIAL

Diabetes

La Diabetes es actualmente una verdadera epidemia mundial. Según la OMS, hoy día hay alrededor de 200 millones de personas con DM2. Esta cifra podría duplicarse en los próximos 10 años. Se estima que un 50% de los casos permanece sin diagnosticar; por cada persona con diabetes conocida hay una con diabetes desconocida.

Definición:

De acuerdo con la *American Diabetes Association (ADA)*, la diabetes es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas.¹⁰

Existen muchos procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina. La base de todas las alteraciones metabólicas es la acción deficiente de la insulina sobre los tejidos blanco. Esto último se debe a la secreción inadecuada de insulina o a la disminución de la respuesta tisular en alguno de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona.

Es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial. Es considerada una pandemia y la tendencia es ascendente. Se caracteriza por una alteración en el metabolismo de las proteínas, las grasas y los carbohidratos.

¹⁰ ADA . Guía práctica de recomendaciones para el cuidado de la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2013/01/18/diabetes-2013-en-espanol-resumen-de-las-recomendaciones-de-la-ada-2013/>

Se manifiesta principalmente con la hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertriglicemia. Sin embargo son necesarias tanto la resistencia a la insulina como una secreción deficiente de la insulina para que la enfermedad se manifieste.

Los efectos de la DM2 consisten en daños, disfunción y fracaso a largo plazo de varios órganos, en especial los ojos, los riñones, el corazón y los vasos sanguíneos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención y Control de la Diabetes, establece la siguiente clasificación.¹¹

- Diabetes Tipo 1.
- Diabetes Inmunomediada.
- Diabetes Idiopática.
- Diabetes Tipo 2.
- Otros tipos.

La DM2 se caracteriza por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Se presenta en un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría de ellos obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida. Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control.

Etiología

La etapa inicial de la DM2 acostumbra a ser asintomática y puede pasar inadvertida durante varios años antes de ser diagnosticada.

¹¹ Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. 2001 publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de enero de 2001, página Web de la Secretaría de Salud, Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

La mayoría de los pacientes presenta alteraciones en las vías metabólicas. Los órganos más afectados son los islotes pancreáticos, el hígado y el tejido periférico, como el músculo esquelético y el tejido adiposo.

Los síntomas iniciales son la polidipsia, la poliuria, la polifagia y la pérdida de peso.

Los pacientes con DM2 presentan resistencia a la insulina. La insulina, que produce el páncreas, no es reconocida por las células para permitir que la glucosa entre para producir energía y da lugar a hiperglucemia. Las células de los músculos, el hígado y el tejido adiposo no pueden utilizar la insulina de forma adecuada. Para compensar, el páncreas produce más insulina. Las células sienten este torrente de insulina y se tornan más resistentes, lo que ocasiona un círculo vicioso de valores altos de glucosa y frecuentes valores altos de insulina.¹²

Con el paso de los años, las concentraciones altas de glucosa en sangre dañan los nervios y los vasos sanguíneos. Se desarrollan enfermedades del corazón, ceguera, enfermedades renales, problemas en el sistema nervioso y en las extremidades, entre otras complicaciones.

Por lo general, la DM2 ocurre gradualmente. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes presenta obesidad. Sin embargo, también puede desarrollarse en personas delgadas, especialmente de edad avanzada.

También las mujeres embarazadas desarrollan diabetes, aunque normalmente desaparece después de la gestación, tienen más probabilidades de que en el futuro desarrollen DM2. La DM2 es una enfermedad multifactorial, donde intervienen factores ambientales y genéticos. Los antecedentes familiares de la enfermedad son un factor de riesgo. Sin embargo, factores como un nivel bajo de actividad, una dieta deficiente y un peso excesivo (especialmente alrededor

¹² Torrades SM, Diabetes mellitus tipo 2 Una nueva epidemia, Divulgación sanitaria. VOL 25. núm 5. mayo 2006, pp. 96

de la cintura) aumentan significativamente el riesgo de una persona a desarrollar DM2.

Se conocen otros factores de riesgo, como la raza o etnia (las poblaciones afroamericanas, hispanoamericanas y nativos americanos tienen índices altos de diabetes), la edad superior a los 45 años, la intolerancia a la glucosa, la hipertensión y los antecedentes de diabetes gestacional.

Fisiopatología

Se ha demostrado que en la presentación de la DM2 hay 2 factores involucrados:

- a) Una disfunción de las células beta con falta de respuesta secretoria al estímulo de la glucosa sanguínea.
- b) Una resistencia periférica a los efectos biológicos de la insulina, tanto por disminución del número de los receptores insulínicos de la membrana celular, como de los receptores postmembrana, todo lo cual conduce a una excesiva producción de glucosa por el hígado y dificultades en la captación de ésta por el músculo y por los adipocitos. En otras palabras la resistencia insulínica puede ocurrir a cualquier nivel de la acción biológica de la insulina, desde su unión inicial a los receptores de la superficie celular, hasta su participación en la cascada de fosforilación de la glucosa. Se ha constatado también el aumento en la secreción de glucagón.

Algunos autores plantean que el defecto primario radica en la célula beta, con deterioro en la secreción de insulina.¹³ Por otra parte se ha identificado la causa primaria con la insulino-resistencia como demostración se esgrime el hecho de que la obesidad produce insulino-resistencia y que la disminución del peso corporal reduce marcadamente la posibilidad de desarrollar una DM2.¹⁴

¹³ Gutiérrez VR. La Fisiopatología como base de tratamiento fundamental del diagnóstico Clínico. México 2011. Editorial Panamericana.

¹⁴ Ibit.

Se ha comprobado que la insulino-resistencia no se correlaciona solamente con la obesidad tal como clásicamente la entendemos, ya que es suficiente el aumento del tejido adiposo intraabdominal para que se condicione esta resistencia periférica a la acción de la insulina.

Diagnóstico:

Según los nuevos criterios, de la ADA¹⁵ se diagnostica como DM2 los casos que presenten síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso sin otra causa) + glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl, o bien glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl, o bien glucemia plasmática a las 2 horas del test de tolerancia oral a la glucosa ≥ 200 mg/dl.

Tratamiento:

El tratamiento tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y control de la diabetes, NOM 015-SSA2-1994, el tratamiento debe considerar el establecimiento de metas, manejo no farmacológico que incluye educación y automonitoreo, manejo farmacológico y la vigilancia de complicaciones.

- Manejo no farmacológico: que se lleva a cabo a través del control de peso, el plan alimenticio, el auto monitoreo, la educación del paciente y su familia.
- Manejo farmacológico: los medicamentos que se utilizan para el control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulina o combinaciones de estos medicamentos. Asimismo se pueden utilizar los inhibidores de la alfa-glucosidasa, tiazolidinedionas y otros.

¹⁵ American Associations Diabetes. Diabetes Care. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/8/2067.full>

Complicaciones de la DM2:

Con el tiempo, la DM2 puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y sistema nervioso.

La DM2 aumenta el riesgo de cardiopatía y Accidente Vascular Cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).

La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y en última instancia amputación.

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos y un 10% sufren un deterioro grave de la visión.

La DM2 se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. De un 10% a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.

La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.¹⁶

¹⁶ Federación Mexicana de Diabetes. Complicaciones de la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php

2.2. MARCO CONTEXTUAL

Diabetes un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM)

En la década de los setenta surge la FES-Z como parte de los planes de expansión de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dentro del Distrito Federal. Paulatinamente con perseverancia los estudiantes fueron ganándose a la población con la prestación de sus servicios de salud.

En la actualidad gracias a ellos, a sus profesores y a sus trabajadores es uno de los centros de prestación de servicios de salud más importantes de esta zona de la delegación más marginada.

La FES-Z cuenta con 8 clínicas, dentro de estas se encuentra la CUAS Tamaulipas centro de primer nivel de atención a la salud, que brindan diversos servicios como lo son: actividades docentes, servicios odontológicos, actividades de educación para la salud, médico general, consultas psicológicas, análisis clínicos, tratamiento para hipertensión y obesidad, además cuenta con el programa DUPAM.

La misión de la FES-Z es consolidar a esta institución en la formación multidisciplinaria, fortalecer su trabajo académico e impulsar las tareas de generación, divulgación y aplicación del conocimiento hacia mayores niveles de calidad y pertinencia, en la perspectiva de continuar formando los universitarios que el país requiere, en consecuencia la CUAS Tamaulipas ofrece el programa DUPAM, el cual se ha creado conforme la investigación básica de 12 años de trabajo y que ya ha obtenido varios reconocimientos como el otorgado por SEDESOL, SEP, ANUIES y Fundación Ford: *Fortalecimiento y Consolidación de Proyectos de Servicio Social Comunitario 2002*.¹⁷

¹⁷ DUPAM: un modelo de atención multidisciplinaria a personas con diabetes. Vertientes. FES Zaragoza UNAM. ISSN 1405-7867. Vol.7. N° 1-2, 2004.

El DUPAM se crea como la alternativa a condiciones desfavorables para este tipo de pacientes en el año 2000. Fue una iniciativa de profesores de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina y Psicología. Cuyo propósito fue crear un modelo para la atención multidisciplinaria en el primer nivel a personas con DM2 diseñando un programa de intervención multidisciplinaria sanitaria y sociocultural para personas con diabetes y sus respectivas familias, que son atendidos en unidades de primer nivel, para favorecer la adhesión al tratamiento médico mediante la modificación de estilos de vida y con ello lograr el control de la enfermedad.

El modelo comprende intervenciones en el ámbito disciplinar y multidisciplinar, con lo que se pretende la modificación de los estilos de vida de los pacientes con DM2.

Como la pretensión de la nueva propuesta es reconfigurar estilos de vida difíciles de modificar por su arraigo en el enfermo, el programa tiene el propósito de coadyuvar a la modificación de las pautas de pensamiento y conducta instauradoras de los estilos de vida de las personas con diabetes, de tal forma que se crean las condiciones para que el enfermo se adhiera y persista en el tratamiento para controlar su enfermedad e implemente técnicas de autocuidado para la AAC.¹⁸

Objetivo General del DUPAM:

Vincular a los profesionales de la salud como lo son: Enfermeras, Médicos, Odontólogos y Psicólogos para trabajar multidisciplinariamente en la atención de pacientes de la CUAS Tamaulipas.

¹⁸ DUPAM: un modelo de atención multidisciplinaria a personas con diabetes. Vertientes. FES Zaragoza UNAM. ISSN 1405-7867. Vol.7. N° 1-2, 2004.

Específicos:

- Proporcionar a los pacientes pertenecientes al DUPAM y a sus familiares información veraz y concreta acerca de la diabetes para lograr un mayor conocimiento de su enfermedad.
- Fomentar la AAC y desarrollar las actividades de Ac en los pacientes y familiares del DUPAM, para limitar o reducir el riesgo de complicaciones de dicha enfermedad.
- Implementar la participación en actividades físicas que proporciona el DUPAM.
- Realizar actividades culturales y sociales, para lograr que los pacientes se sientan pertenecientes a un grupo, estableciendo vínculos interpersonales.

Propósito: Vincular a pasantes de las diferentes áreas de la salud en una intervención multidisciplinaria sanitaria y sociocultural para personas con DM2 y sus respectivas familias, que son atendidos en la CUAS Tamaulipas como único centro con este programa universitario.

Misión: Brindar atención multidisciplinaria a personas que padecen DM2, a través de estrategias de educación para la salud, acondicionamiento físico, dieta saludable y bienestar psicológico para el control de dicha enfermedad.

Visión: Consolidar al DUPAM como el programa multidisciplinario para la atención de personas con DM2, como el más importante y de alto impacto nacional. Además de extenderlo a las diferentes CUAS de la FES-Z.

Capacidad instalada del DUPAM: Se atienden aproximadamente a 150 personas por año, sin embargo el promedio de asistencia diario es de 15-20 pacientes. Para la atención se cuenta con el patio y una oficina.

El DUPAM es un programa ya estructurado que se ha comprobado su eficacia, los pacientes son básicamente vecinos de la Colonia Tamaulipas, en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

Esquema de recepción de pacientes nuevo ingreso:

- Recepción de pacientes con DM2, en el cual se ofrece una explicación con calidez sobre el programa para promover la integración al mismo.
- Atención médica, tiene como objetivo conocer el estado de salud del paciente y diseñar un plan de tratamiento para su enfermedad.
- Entrega de diagnóstico, en la cual se pretende apoyar en la elaboración del duelo para promover la aceptación de la enfermedad.
- La sensibilización tiene como objetivo concienciar sobre la enfermedad a personas previamente diagnosticadas para limitar o reducir las complicaciones de la DM2.

Actividades multidisciplinarias:

- Concientizar sobre la enfermedad a las personas que ingresan al DUPAM con diagnóstico de DM2.
- Impartir y supervisar las sesiones de ejercicio físico y signos vitales.
- La atención disciplinaria será una consulta especializada en Enfermería Medicina, Odontología, Psicología, alternando la atención multidisciplinaria en beneficio del paciente.
- En la educación para la salud se imparten talleres a las personas con diabetes y sus familiares. Los cuáles son:
 - Educación para la salud.
 - Ejercicio físico y relajación muscular.
 - Reestructuración cognitiva de creencias contrapuestas al control de la diabetes para propiciar la modificación del estilo de vida.
 - Modificación de patrones de comportamiento contrapuestos a la adhesión al tratamiento para propiciar la modificación del estilo de vida.

Atención de Enfermería

Actividades disciplinarias:

- Valoración de enfermería del paciente diabético.
- Medición y registro de signos vitales.
- Realizar la historia clínica de enfermería.
- Diagnósticos de Enfermería.
- Planeación de cuidados.
- Intervención de enfermería.
- Evaluación del proceso del cuidado.

Atención Odontológica

- Actividades disciplinarias:
- Enseñanza de técnicas de cepillado.
- Control de higiene bucal.
- Control y detección de placa dentobacteriana.
- Aplicación de fluoruro, raspado y curetaje.
- Rehabilitación bucodental: prótesis, restauración de dientes con amalgama, ajuste oclusal, colocación de prótesis dentales y resinas.

Atención Psicológica

Actividades disciplinarias:

- Brindar evaluación y terapia psicológica.
- Participar en la entrega del diagnóstico médico, para conducir la elaboración del duelo, con el fin de promover la aceptación de la enfermedad en aquellas personas de reciente detección.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem Nació en 1909. Enfermera americana, se formó en Washington. Obtuvo varios títulos. Fungió como enfermera hospitalaria y finalmente docencia. Trabajó para los planes de estudio de enfermería en el ministerio de salud. En 1959 realizó sus primeras publicaciones desarrollando el concepto de enfermería y de autocuidado.¹⁹

Dorothea Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en el Indiana State Department of Health. Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años.

Metaparadigma

- Persona: Ser con funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse y puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado.
- Entorno: Todos los factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Salud: El estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

¹⁹ Taylor S. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teorías en enfermería . Elsevier. Barcelona. pp 267-295.

- Enfermería: Proporcionar a las personas y o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que tienen, por sus situaciones personales.
- Los cuidados de enfermería se definen como: “ayudar al individuo a llevar acabo y mantener, por sí mismo acciones de autocuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias producidas por esta.”

Conceptos básicos de la teoría de autocuidado.

Autocuidado: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientado 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 en funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.²⁰

Agencia de autocuidado: Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada. Esto lo llevan a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.²¹

Agente de autocuidado: Cuando el propio individuo es quien aprende las acciones del autocuidado las realiza²² y se dirige en su ambiente.²³

Agente de cuidados dependiente: Cuando el autocuidado no lo puede hacer la persona (ejemplo: un niño) es un agente de cuidados dependiente.²⁴

²⁰ Teoría del autocuidado. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://teoriaautocuidado.blogspot.mx/>

²¹ Ídem

²² Orem D. Conceptos y práctica de enfermería. Sant Louis. 2a ed. Editorial Mac Graw-Hill book, 1995.p.p 203

²³ Ibídem

²⁴ Ibit.

Capacidad de agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse, con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.²⁵

Déficit de autocuidado: Se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.²⁶

Premisas subyacentes de la TAAC

Orem enumera cinco supuestos principales para fundamentar su teoría general de enfermería.

1. Los seres humanos requieren de una serie de aportaciones continuas y deliberadas, tanto a ellos mismos como a su entorno, a fin de permanecer vivos y sanos.
2. La actividad humana, el poder de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones en el cuidado de sí mismo y de otros, que afecta a la realización de actividades para el mantenimiento de la vida y de la salud.

²⁵ Teoría del autocuidado. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://teoriaautocuidado.blogspot.mx/>

²⁶ Ibit.

4. La agencia humana se ejercita al descubrir, desarrollar y transmitir a otros formas y medios para identificar las necesidades y hacer aportaciones para sí mismo y para los demás.

5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructurales, unen las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a los miembros del grupo que experimentan carencia en la producción de acciones deliberadas requeridas para sí mismo y para otros.

Naturaleza del autocuidado

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Dorothea Orem contempla el concepto **auto** como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto **cuidado** como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Requisitos de autocuidado

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Dorothea Orem identificó y describió ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.

Agencia de autocuidado.

La AAC es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar.

La AAC de los individuos varía dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la senectud. Varía con el estado de salud, con factores influidos por la educación y con las experiencias vitales en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria. Está condicionada por factores que afectan a su desarrollo y operatividad. Su adecuación se mide por comparación con las partes componentes de la demanda de autocuidado.

Las limitaciones de autocuidado son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes. Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones, y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.²⁷

²⁷ Teoría del autocuidado. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://teoriaautocuidado.blogspot.mx/>

2.4 ESTADO DEL ARTE

Alamilla BM, Canto BF, Chablé HS y Moo MA (2004) determinaron la capacidad de autocuidado de personas con DM2 y relacionaron esa capacidad con algunas variables sociodemográficas, realizando un estudio descriptivo, correlacional y transversal, teniendo como resultados que el grupo de edad sobresaliente es de 60 años y más con un 35%, el sexo predominante fue el femenino con un 72.5%, la religión que profesaban con un 100% fue la católica y el número de integrantes de familia fue de 5 a 6 con un 50%, en cuanto la escolaridad fue de un 45% con primaria incompleta, y en el IMC el 65% contaban con parámetros anormales de acuerdo al peso.²⁸

En su investigación Modelo Educativo de Enfermería y su Efecto en Conocimiento y Autocuidado de Pacientes con DM con los que reciben la información habitual Estrada CM, Gómez CM y Cruz PA (2010) realizaron un estudio transversal comparativo, a 90 pacientes que terminaron las sesiones del Modelo Educativo por Enfermería y 45 pacientes con información habitual, a los cuales se les aplicó una encuesta validada con el fin de evaluar su conocimiento y autocuidado básicos sobre la enfermedad, el análisis de la información se realizó con estadística descriptiva. La edad promedio de la población estudiada fue de 57 ± 11 años, con predominio del sexo femenino en ambos grupos en 78% y 85% respectivamente. Respecto al nivel de escolaridad el grupo con modelo educativo alcanza en 42% el nivel de primaria, mientras que en el otro grupo, poco más de la mitad es analfabeto. Del grupo con modelo educativo 78% realiza ejercicio físico, en comparación con el 53% del grupo que recibe información habitual. En la calificación global 69% del grupo con modelo educativo tiene conocimientos sobre la enfermedad, mientras que en el grupo con información habitual solo 24.4% lo tiene. En

²⁸ Alamilla B M, Canto BF, Chablé H S, Moo M A. Factores condicionantes básicos sobre las acciones de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Desarrollo Científico Enfermero. Volumen 12 N° 1 Enero- Febrero 2004.

conocimientos sobre autocuidado, el grupo de estudio tuvo un promedio de 68.4 ± 18.0 y el otro grupo 53.7 ± 18.4 .²⁹

En el 2005 Guzmán PM, Cruz CA, Parra JM y Manzano OM, exploraron el nivel de conocimientos y autocuidado de un grupo de DM2 que asistieron a sesiones educativas encuestando a 69 pacientes seleccionados por conveniencia para explorar los aspectos de conocimientos sobre DM2 y nivel de autocuidado. En los resultados el nivel de escolaridad más veces señalado fue el de primaria en 64%, en cuanto al nivel de conocimientos de los pacientes acerca de la fisiopatología y complicaciones de la diabetes, es bueno en 51% de los casos, en nivel aceptable 43% de ellos y deficiente con un 6%. La evaluación del nivel de autocuidado de los pacientes indistintamente de su sexo, es bueno en 49%, aceptable 14% y deficiente 6%.³⁰

El objetivo de la investigación para determinar la influencia del programa de orientación sobre autocuidado a los usuarios con DM2 en sus dimensiones: estilo de vida, diabetes, tratamiento y prevención de complicaciones realizada por Lezama et al en el año 2005. Los pacientes respondieron un 35% de respuestas positivas y un 65% de respuestas negativas en el pre-test sobre el autocuidado. Los resultados post-test después de haber realizado el programa de orientación fueron de un 98,1% de respuestas positivas y un 1,9% de respuestas negativas. En los Estilos de vida, el porcentaje alcanzado fue 98% después de haber realizado el programa de orientación, para las dimensiones diabetes y tratamiento fue 97,5% después de haber realizado el programa de orientación y para la dimensión prevención de complicaciones fue el 99% después de haber realizado el programa de orientación, lo que demuestra que

²⁹ Estrada CM, Gómez CM y Cruz PA. Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM2. Revista Enfermería IMSS 2004; 12 (2):7578.

³⁰ Guzmán P M, Cruz C A, Parra J M, Manzano O M. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Revista de Enfermería del IMSS 2005; 13(1): 9-13

el programa de orientación fue muy exitoso y nos indica el valor que tienen los programas de educación en las personas diagnosticadas con DM2.³¹

La investigación de Medellín VB en el año 2007 se realizó para Desarrollar Capacidades de Autocuidado en Personas con DM2 en el Hospital General Regional No. 36. Instituto Mexicano del Seguro Social, en Puebla. El trabajo fue descriptivo transversal en 92 pacientes ambulatorios, utilizando el proceso de enfermería como principal indicador, con base al modelo del déficit de autocuidado. Los factores básicos condicionantes que describen a la muestra son: la edad, entre 40 y 80 años, sexo femenino 64%; 60% cuenta con educación primaria, 30% es analfabeta, 70% son pensionados y 60% casados. En desviaciones de la salud: 14% de la población padece sobrepeso, 58% algún grado de obesidad y 80% presentaban alguna complicación asociada a la DM. En alimentación, el 100% consume alimentos a base de pastas, harinas y carbohidratos, la mayoría desconocía el tipo de alimentación que debería llevar, 90% comentó tener antecedentes heredo familiares de obesidad. En actividad y reposo: el 92% de los participantes manifestaron sedentarismo, no realizaban ningún tipo de ejercicio. En cuanto a la soledad e interacción social: 25% de los participantes refirió ser económica y moralmente dependiente de los hijos, 17% no refirió tener alguna actividad recreativa, no comunicaron ningún pasatiempo, ocasionalmente van a misa o de visita con algún familiar. En prevención de peligros: 90% desconocía las complicaciones de la enfermedad; 80% de los participantes manifestó sentimientos de pérdida de la salud, sentimientos de culpa y depresión, 70% de los entrevistados manifestaron llevar una vida desorganizada y no aceptan la enfermedad.³²

³¹ Lezama J, Malavé C, Tovar C. Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería. Programa de orientación sobre autocuidado a los usuarios con diabetes tipo 2 que asisten a la unidad de diabetes Dra. Iris García de Mota del hospital Dr. Julio Rodríguez de Cumana. Cumaná, mayo, 2005

³² Medellín V B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Enfermería del Seguro Social 2007; 15 (2): 91-98

Para identificar el nivel de conocimiento en el usuario diabético sobre su autocuidado Baca et al en el año 2008 realizaron una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa. El instrumento contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado y otros aspectos como son: el ejercicio, alimentación, cuidados de los pies y tratamiento farmacológico con una escala de medición ordinal (suficiente, 80 - 100% de aciertos; regular, 60 - 79% de aciertos; insuficiente, menos del 59% de aciertos). Otro dato sobresaliente es 56% son del sexo masculino y el 44% sexo femenino. Asimismo el grado de escolaridad fue de primaria con un 48%.³³

En junio 2008 Méndez SV, Berrecerril EV, Morales MP y Pérez VM, en su investigación identificaron el perfil de los pacientes portadores de diabetes atendidos en una unidad básica de salud y evaluaron el grado del conocimiento de diabetes sobre las prácticas del autocuidado de los pies, para la prevención de complicaciones. De los 94 usuarios entrevistados el promedio de edad fue de 60 años de edad, el 56% son del sexo masculino y el 44% sexo femenino. Asimismo el grado de escolaridad fue primario con un 48%. El nivel de conocimientos sobre autocuidado se encontró insuficiente en un 85% en el tratamiento farmacológico, un 75% cuidados de los pies, el 54% el ejercicio y 50% alimentación. De acuerdo al nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado fue insuficiente con 78.7%.³⁴

³³ Baca MB, Bastida LM, Aguilar MR et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. Culiacán, Sinaloa. México. Enfermería Global. N° 13 Junio 2008

³⁴ Méndez SV, Becerril EV Morales PA, Pérez VM. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Ciencia en enfermería. 2010. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300011>.

En el año 2012 Herrera et al. Valoraron la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de DM2, inscritos en los programas de control de diabetes. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest. Los resultados arrojaron que las edades de los participantes del estudio oscilaron entre 27 y 89 años, con un promedio de edad de 58 años; el 68,4% de género femenino, el 59,1%, vivía en unión libre, tenía estudios de primaria el 50,7%. En cuanto a las prácticas de autocuidado se observó que el 64,4% de la muestra hace lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive, el 67,1% de las personas diabéticas consultadas se bañan con frecuencia con tal de mantenerse limpias. El 41,3% de los pacientes refiere que nunca tiene fuerzas para cuidarse; respecto a la alimentación el 46,2% se alimenta de la mejor manera para conservar su peso y el 48,9% ha cambiado hábitos arraigados para conservar su salud. Por otra parte, el 40,4% desea hacer ejercicios y descansar un poco durante el día, pero no llega a hacerlo. El 47,6% de las personas participantes en el estudio duerme lo suficiente para sentirse descansado, y el 35,1% expresa que debido a las ocupaciones diarias no tiene tiempo suficiente para cuidarse. Con respecto al autoconocimiento de la anatomía, el 51,6% examina su cuerpo en busca de alteraciones o cambios; por último, el 52,4% y el 50,7% de las personas participantes del estudio, se muestran interesadas por conocer más sobre su patología y sacan tiempo para ellos respectivamente.³⁵

La investigación sobre autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde la perspectiva del paciente está expuesta por Alarcón LN, Rizo BM, Cortes CD y Cadena SF, en el año 2004 el objetivo fue identificar si la perspectiva que el paciente tiene de la diabetes después de participar en una intervención educativa influye en la implementación de las recomendaciones de la agencia de autocuidado y la adherencia terapéutica realizando un estudio de tipo descriptivo, cuasi experimental con triangulación metodológica con una

³⁵ Herrera LA, Andrade HL, Hernández SO, et al. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances en enfermería vol. XXX n.º 2 mayo-agosto 2012

muestra de 200 pacientes, distribuidos en dos grupos: intervención y control. El modelo de la intervención de enfermería presentó resultados significativos en el autocuidado y la adhesión terapéutica, mostrando diferencias significativas sobre el grupo control.³⁶

Ávila et al. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue conocer de qué manera influyen las intervenciones de enfermería en el autocuidado de las personas con DM2 con apoyo educativo. Sus resultados arrojaron que las personas con DM2 reportaron altos índices para el autocuidado con apoyo educativo estos estuvieron relacionados con la edad, estado civil y género, permitieron observar cambios importantes en cuanto a la capacidad de autocuidado en los sujetos estudiados reflejando así el impacto potencial de las intervenciones de enfermería con apoyo educativo en el cual valoraron que si influye la intervención educativa de enfermería utilizando la prueba t pareada. En dicho estudio se observó que si había diferencia significativa en los resultados de pre prueba sin intervención y la post prueba después de la intervención de enfermería obteniendo significancia estadística en la capacidad de autocuidado después de recibir apoyo educativo de enfermería.³⁷

En el año 2009 en Cuba Delgado SN realizó un estudio cuasi experimental para valorar la influencia de una intervención educativa en el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en pacientes con DM2. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes que asistieron al centro durante los meses de julio a diciembre del año 2007 (grupo de intervención) y 90 pacientes diabéticos de la atención primaria (grupo control). Los resultados arrojados fueron que el grupo de edad sobresaliente con un 86% fue de 35 a 45 años y

³⁶ Alarcón LN, Rizo BS, Cortés CE, Cadena SF. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. Waxapa 2012; 2(7): 24-32, consultado el lunes 23 de septiembre 2013 en la página http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=93220&id_seccion=5022&id_ejemplar=9135&id_revista=287

³⁷ Ávila AH, Meza GS, Frías RB, et al. Intervención de enfermería en el Autocuidado con apoyo educativo en Personas con diabetes mellitus tipo 2. Cultura de los cuidados [en línea]. 2º. Semestre 2006 • Año X - N.º 20. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/877/1/culturacuidados_20_20.pdf

un 58% de ellos tenían la secundaria terminada; además que un 74 % tiene 15 años de evolución de la enfermedad en este estudio se menciona que la eficiencia en el tratamiento de la diabetes precisa no solo un abordaje terapéutico correcto, sino también una adecuada organización de la atención (protocolos, sistemas de registros, programas de calidad) y una actuación coordinada entre atención primaria y en hospitalaria. Los equipos de atención primaria tienen una posición central en el cuidado de las personas con diabetes. La accesibilidad, continuidad e integración de su asistencia, permiten, con una visión de equidad, generalizar la mejora del control y tratamiento de la enfermedad, la detección precoz de complicaciones y promover la enseñanza del autocuidado a un mayor número de personas con diabetes, con independencia del lugar geográfico de residencia.

La educación terapéutica constituye, pues, la base fundamental para el manejo de la diabetes. Las nuevas estrategias se dirigen al cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo; empoderamiento del mismo y de la comunidad para actuar en defensa de su salud. La promoción de la salud, desde la intervención educativa, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoran la calidad de vida.

Se entiende por educación estructurada para pacientes aquella que se proporciona mediante un programa planificado y progresivo, que es coherente en los objetivos, flexible en el contenido, que cubre las necesidades clínicas y psicológicas individuales, y que es adaptable al nivel y contexto culturales.

“La Educación no es una parte del tratamiento de la diabetes, es el tratamiento mismo”.³⁸

³⁸ Delgado SN. Programa educativo para personas con diabetes mellitus tipo II. Programa educativo. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dcostadelsol/web/wp-content/uploads/2012/05/programa_educacion_diabetes_Tipo_II.pdf

En el año 2009 Padilla ZM, Padilla AA. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados con el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT) de personas hospitalizadas con DM tipo 2. Realizando un estudio descriptivo, fundamentado en la teoría del Autocuidado de Orem, participaron 150 pacientes con DM tipo 2 hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de México, en el Distrito Federal. Los resultados arrojados fueron: La edad de la población estudiada fue de 54 ± 13 años y el tiempo de padecer la enfermedad de 13 ± 8 años. Se observó que el 80% recibe información acerca de la dieta, sin embargo solamente el 16.7% sigue la dieta indicada, el 59.3% se toman o aplican los medicamentos, solamente el 12.7% mantienen parámetros normales de glicemia, el 11.3% realiza ejercicio y el 22% mantiene su peso en límites normales. Como se observa el 100% de los pacientes presentó MIRT, El 93.3% de los pacientes presenta déficit de conocimientos a pesar de que el 80% de éstos refieren haber recibido información acerca de la dieta y el 26% recibió información sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados. El déficit de soporte social se refiere a la falta de apoyo que reciben los pacientes de sus amigos, vecinos o personas que los rodean y que no pertenecen a su familia para poder llevar a cabo su régimen terapéutico. Los pacientes lo presentan en un 54.7%. El conflicto familiar se refiere situaciones de crisis familiares o domésticas que interfieren con el régimen terapéutico y se presentó en el 46.7% de los pacientes, esto puede estar relacionado a que el 57.3% vive con sus hijos y no tiene un hogar propio. La percepción de barreras se presentó en el 45.3% de los pacientes, éstas se refieren a las dificultades que los pacientes identifican para poder llevar a cabo su tratamiento. El 63.3% refirieron que el tratamiento es molesto y lo que más incomodidad les causa es la dieta (35.3%) y los medicamentos (12%) entre otros aspectos. El conflicto de decisiones se refiere a la incertidumbre sobre el curso de acción a tomar por que la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales, en este estudio el conflicto de decisiones se manifestó en el 45.3% de los pacientes. La percepción de susceptibilidad es la apreciación de las personas de la propia vulnerabilidad a enfermar (negación y conocimiento de estar enfermo). Este factor se manifestó en el 42.7% de los pacientes. El 39.3% de estos refirieron que están sanos y que la diabetes sólo está

relacionada con un malestar pasajero o localizado, en tanto que el 45.3% mencionó que hay días en los que se encuentran tan bien que piensan que no están enfermos, lo cual sucede cuando se han recuperado de una crisis y se encuentran controlados, situación que los motiva para no realizar las actividades señaladas en su régimen terapéutico.

La impotencia es la incapacidad o limitación de la habilidad de los individuos para atenderse a sí mismos como agentes de autocuidado y para ejercer vigilancia respecto a las condiciones externas existentes y cambiantes. La impotencia se presentó en el 40.6% de los pacientes. El 46% respondió que necesitan ayuda para la toma de medicamentos porque olvidan el horario y la dosis requerida y el 28.7% que su condición física no les permite llevar a cabo el tratamiento.³⁹

En el artículo “El Autocuidado y su Papel en la Promoción de la Salud” Uribe sostiene que cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle. La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. El autocuidado posee unos principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

³⁹ Padilla ZM, Padilla AA. Factores Relacionados con el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en Personas con Diabetes tipo 2. Desarrollo científico enfermero. Vol. 17 N° 9 Octubre, 2009. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/desarrollo_cientifico_la_enfermeria/2FactoresRelacionados.pdf.

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.⁴⁰

⁴⁰ Uribe T M. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

3.1.2 Universo de estudio:

Pacientes con DM2 que acuden al programa DUPAM de la CUAS Tamaulipas en el periodo agosto 2012 a julio 2013.

3.1.3 Población de estudio:

15 Pacientes con DM2.

3.1.4 Selección de muestra:

Por conveniencia.

3.2 Criterios de selección:

3.2.1 Criterios de inclusión:

- Que pertenecieran al programa DUPAM.
- Paciente con DM2.
- Paciente de asistencia regular.
- Paciente con atención multidisciplinaria.
- Sexo indistinto.
- Estado civil indistinto.

3.2.2 Criterios de exclusión:

- No perteneciente al programa DUPAM.
- Paciente no Diabético o con patologías agregadas secundarias.
- Paciente de asistencia irregular.
- Paciente de recién ingreso al programa.
- Paciente sin atención multidisciplinaria.

3.2.3 Criterios de eliminación:

- Instrumento de valoración que no fue llenado completamente.

CAPÍTULO IV

4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	NÚMERO DE ÍTEM
INDEPENDIENTE	DIABETES	<p>De acuerdo con la <i>American Diabetes Association</i> (ADA), la diabetes es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas.</p> <p>ADA. Guía práctica de recomendaciones para el cuidado de la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2013/01/18/diabetes-2013-en-espanol-resumen-de-las-recomendaciones-de-la-ada-2013/</p>	❖ Diabetes Tipo 2.	Glucemia plasmática en ayunas \geq 126mg/dl.	

DEPENDIENTE	AGENCIA DE AUTOCUIDADO	<p>El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientado 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 en funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.</p> <p>Teoría del autocuidado. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://teoriaautocuidado.blogspot.mx/</p>	Mantenimiento del estado de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 1
			Modificación de hábitos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 5 • 7 • 16 • 23
			Problemas para moverse o desplazarse	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 3
			Medio ambiente limpio	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 4
			Fuerza para el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 • 24

				<ul style="list-style-type: none"> • Nunca 	
			Baño	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 8
			Modificación de hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 9 • 16
			Mantenimiento de la forma de ser	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 10
			Recibe ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 • 14 • 21 • 22
			Descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre 	<ul style="list-style-type: none"> • 13

				<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca • Nunca 	
			Examina su cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 15
			Realiza ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 11
			Información sobre nuevos medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 17
			Prevención de peligros	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 18
			Autosuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 19

				<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	
			Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Casi nunca • Nunca 	<ul style="list-style-type: none"> • 20

4.2 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

4.2.1 Recolección de datos

Etapas de la recolección de datos: La información se obtuvo a través de las siguientes etapas

- a) Reconocimiento del sitio en donde se llevó a cabo la investigación.
- b) Presentación de anteproyecto al director de la CUAS Tamaulipas para la ejecución de la investigación.
- c) Se realizó una prueba piloto en personas de nuevo ingreso al programa DUPAM.
- d) Se aplicó el consentimiento informado a cada uno de los integrantes que participaron en el estudio.
- e) Posteriormente se aplicó el instrumento de la valoración de la capacidad de Agencia de Autocuidado a los participantes de la investigación.

4.2.2 Medición de datos

Interpretación de los resultados de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, 2004 (Tabla 1)

CALIFICACIÓN	PUNTAJE ESCALA	SIGNIFICADO	PORCENTAJE	CAPACIDADES DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO
1	1-24	Nunca	0%-25%	Muy bajas
2	25-48	Casi nunca	26%-50%	Bajas
3	49-72	Casi siempre	51%-75%	Buenas
4	73-96	Siempre	76%-100%	Muy buenas

4.2.3 Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva.

4.2.4 Instrumento de medición

Descripción del instrumento:

Para la obtención de la información. Se aplicó el test de valoración que lleva como título "Apreciación de la agencia de autocuidado"⁴¹ (ASA) Deevers Isenberg en 1993, traducida y validada al español por Esther Gallegos en 1998; La traducción de la Escala ASA fue hecha por estudiantes de doctorado en enfermería y traductores profesionales en México y fue revisado por un experto en lengua española a fin de corregir la estructura gramatical y la semántica, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. La versión al español de la Escala ASA es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso en la población mexicana.

El instrumento ASA fue el producto del trabajo colaborativo, que comenzó en 1983 cuando Isenberg fue invitada como consultora a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Maastricht, en Holanda, para desarrollar Investigaciones basadas en la Teoría de Enfermería. El equipo que participó en el desarrollo y prueba psicométrica de esta escala incluyó a los Profesores Hans Philipsen, George Evers, Ger Brauns, Harriet Smeets e Isenberg.⁴²

⁴¹ Manrique A, Fernández F, Alba V, 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 Universidad de La Sabana Colombia

⁴² Ibit.

La escala se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de 5 alternativas estilo Likert donde el número 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos con el 70% de confiabilidad.

En Colombia, la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la Escala ASA, modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos; también modificó la Escala Likert a solo 4 apreciaciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4), las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos, hay que considerar que los ítems 6, 11 y 20 son negativos.⁴³

Este instrumento mide la AAC y las actividades de Ac que realizaban los pacientes en este caso los del DUPAM, pero puede ser aplicado a diferentes patologías indistintamente edad y sexo.

En Colombia se ha usado la Escala ASA en tesis de maestría y en estudios que referencian varios artículos; igualmente, dando confianza a los investigadores para su uso.⁴⁴

Este instrumento fue modificado para fines de esta investigación, agregando solo aspectos sociodemográficos. Se trató de contactar a los creadores del test ASA para la aplicación del mismo y brindarles reconocimiento en esta investigación sin embargo no logramos establecer comunicación.

⁴³ Ídem.

⁴⁴ Ibídem.

CAPÍTULO V

5.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La Organización de la Naciones Unidas para la Educación, Declaración Universal de los Derechos Humanos considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de la igualdad de derechos e inalienables de todos los miembros de la familia, de acuerdo a la declaración de los derechos humanos podemos decir que en este estudio se van a respetar los derechos humanos los cuales nos van a llevar a tener los mejores resultados y sin dañar a terceras personas.⁴⁵

El estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los derechos humanos, proteger la salud y los derechos individuales. El estudio debe de dar resultados provechosos para el beneficio de la sociedad.

De acuerdo al informe Belmont, “Principios éticos para la protección de los sujetos de la investigación”. Las consideraciones éticas en este estudio es dar un beneficio a la sociedad y así mismo respetar en todas ocasiones al usuario y ser lógicos en lo que hacemos y actuamos en cada momento del estudio.⁴⁶

Basándonos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.” Siempre debe de respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad, de igual manera deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante.⁴⁷

⁴⁵ Organización de la Naciones Unidas para la Educación. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.facillectura.es/documentos/Declaracion_Universal_Derechos_Humanos_FL.pdf

⁴⁶ Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos Humanos de investigación. Fecha de consulta: 1 de Enero del 2014. Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

⁴⁷ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial . Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fecha de consulta: 1 de febrero del 2014. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf

Se hacen valer los siguientes artículos que se redactan a continuación.

Del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Título primero; disposiciones generales; capítulo único.

ARTÍCULO 3.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III. A la prevención y control de los problemas de salud;

IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción de insumos para la salud.

ARTÍCULO 7.- La coordinación de la investigación, dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, estará a cargo de la Secretaría, a quien le corresponderá:

VIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el desarrollo de programas de investigación.

Del título segundo; de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; capítulo I.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunirse los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTÍCULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Del Título Sexto; De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud; Capítulo único.

ARTÍCULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

ARTÍCULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 115.- Las investigaciones se desarrollan de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

ARTÍCULO 120.- El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene

derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregare una copia de éstas publicaciones a la Dirección de la Institución

CAPÍTULO VI

6.1 RESULTADOS

Tabla N. 1 Edad de los pacientes del programa DUPAM.		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
52 a 57 años	5	33
58 a 62 años	3	20
63 a 67 años	4	27
68 a 73 años	2	13
74 a 78 años	1	7
Total	15	100

Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: El grupo etario predominante en los pacientes del programa DUPAM es de 52 a 57 con un porcentaje de 33%, seguido por el grupo de 63 a 67 años con el 27% y el menor porcentaje es de 7% perteneciente a los pacientes de 74 a 78 años de edad.

Tabla N. 2 Sexo de los pacientes del programa DUPAM.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	87
Masculino	2	13
Total	15	100

Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: Las pacientes de sexo femenino predominan con el 87% y al sexo masculino le corresponde un 13%.

Tabla N. 3 Estado civil de los pacientes del programa DUPAM.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	1	7
Casado	8	53
Divorciado	2	13
Viudo	4	27
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Los pacientes casados representan el mayor porcentaje con el 53%, los siguientes con 27% son viudos y a los solteros les corresponde un 7%.

Tabla N. 4 Escolaridad de los pacientes del programa DUPAM.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	13
Alfabeto	1	7
Primaria	7	47
Secundaria	5	33
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: EL 47% de los pacientes tienen estudios de primaria, seguido por la secundaria con un 33% y sólo un 7% mencionaron ser analfabetas.

Tabla N. 5 Ocupación de los pacientes del programa DUPAM.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	12	80
Empleado	1	7
Pensionado	2	13
Total	15	100

Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: El hogar es la mayor ocupación que tienen los pacientes con un 80%, seguido por "pensionado" con un 13% y sólo un 7% de ellos trabajan.

Tabla N. 6 Tiempo de diagnóstico con DM de los pacientes del programa DUPAM.		
Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	3	20
6 a 10 años	2	13
11 a 15 años	4	27
16 a 20 años	6	40
Total	15	100

Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: El tiempo de diagnóstico que tienen los pacientes con DM es de 16 a 20 años representado por un 40%, seguido de 11 a 15 años con un 27% y el menor porcentaje referido es de 6 a 1 años con el 13%.

Tabla N. 7 Tiempo de asistencia al DUPAM de los pacientes del programa DUPAM.		
Tiempo de asistencia	Frecuencia	Porcentaje
2000	3	20
2001	4	26
2004	2	13
2005	1	7
2008	1	7
2009	1	7
2012	1	7
2013	2	13
Total	15	100

Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: El año en el ingresaron al DUPAM el mayor número de pacientes fue el año 2001, representado por un 27% y el de menor incidencia fueron 2005, 2008, 2009 y 2012 con 7%.

Tabla N. 8 A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	53
Casi Siempre	7	47
Total	15	100

Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: Al preguntarles si a medida que cambian las circunstancias van haciendo ajustes para mantener su salud la mayoría de los pacientes respondieron siempre con 53% y el 47% respondieron casi siempre realizan ajustes.

Tabla N. 9 Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener mi salud son buenas.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	7	46
Casi Nunca	1	7
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Un 46% de los pacientes informaron que casi siempre practican actividades para mantener su salud, mientras que siempre tiene un 40%, casi nunca y nunca están representados por el 7%

Tabla N. 10 Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	3	20
Casi Nunca	3	20
Nunca	3	20
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Los pacientes siempre se las arreglan para conseguir ayuda cuando tienen problemas para moverse o desplazarse con el 40%, mientras que casi siempre, casi nunca y nunca tienen el mismo porcentaje del 20%.

Tabla N. 11 Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	53
Casi Siempre	7	47
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo, siempre se encuentra representado por un 53% y casi siempre tiene el 47%.

Tabla N. 12 Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantener mi salud.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	47
Casi Siempre	7	47
Casi Nunca	1	6
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Siempre y casi siempre los pacientes hacen en primer lugar lo que sea necesario para mantener su salud con el 47%, mientras que casi nunca tiene el 6%.

Tabla N. 13 Tengo las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	8	53
Casi Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: En el ítem "Tengo las fuerzas necesarias para cuidarme como debo", casi siempre tiene la mayor incidencia con un 53%, seguido por siempre que tiene el 40% y casi nunca tiene el 7%.

Tabla N. 14 Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	46
Casi Siempre	6	40
Casi Nunca	1	7
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Siempre los pacientes con el 46% pueden buscar mejores formas para cuidar su salud que las que tienen ahora, casi siempre tiene el 40%, casi nunca y nunca tienen el mismo porcentaje de 7%.

Tabla N. 15 Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	47
Casi Siempre	6	40
Casi Nunca	2	13
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Los pacientes siempre cambian la frecuencia con la que se bañan para mantenerse limpios con el 47%, casi siempre obtuvo el 40% y casi nunca un 13%.

Tabla N. 16 Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	20
Casi Siempre	5	33
Casi Nunca	6	40
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: El 40% de los pacientes casi nunca hacen con hacen cambios en sus hábitos alimenticios, "casi siempre" obtuvo el 33% y "nunca" obtuvo un porcentaje del 7%.

Tabla N. 17 Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	33
Casi Siempre	6	40
Casi Nunca	4	27
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Los pacientes dicen que cuando hay situaciones que los afectan las manejan de forma que no afecte su forma de ser casi siempre con un 40%, y solo un 27% dice que casi nunca pueden manejar este tipo de situaciones.

Tabla N. 18 Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día y lo hago.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	27
Casi Siempre	4	27
Casi Nunca	4	27
Nunca	3	19
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: La mayoría de los pacientes "siempre" o "casi siempre" con el 27% piensan en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día y lo hacen mientras que el 19% de ellos nunca lo hacen.

Tabla N. 19 Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	27
Casi Siempre	7	47
Casi Nunca	2	13
Nunca	2	13
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Casi siempre con el 47% los pacientes mencionan que cuando necesitan ayuda pueden recurrir a sus amigos de siempre y solo 13% casi nunca y nunca recurren a amigos.

Tabla N. 20 Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	27
Casi Siempre	5	33
Casi Nunca	5	33
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Un 33% de los pacientes casi siempre y casi nunca pueden dormir lo suficiente como para sentirse descansados.

Tabla N. 21 Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	67
Casi Siempre	2	13
Casi Nunca	2	13
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: El 67% de los pacientes siempre obtienen información sobre su salud y piden explicaciones sobre lo que no entienden, casi siempre y casi nunca obtuvieron un 13%, nunca tienen el menor porcentaje de 7%.

Tabla N. 22 Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	6	40
Casi Nunca	1	7
Nunca	2	13
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: El 40% de los pacientes siempre y casi siempre examinan su cuerpo para ver si hay algún cambio, a los pacientes que nunca se examinan les corresponde un 7%.

Tabla N. 23 He sido capaz de modificar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	33
Casi Siempre	9	60
Casi Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: El 60% de los pacientes ha sido capaz de modificar hábitos que tenían muy arraigados con tal de mejorar su salud, los que casi siempre lo hacen son un 33% y 7% pertenece a los que nunca lo hacen.

Tabla N. 24 Cuando tengo que tomar alguna nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	66
Casi Siempre	1	7
Casi Nunca	3	20
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Cuando tengo que tomar alguna nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios, siempre es la respuesta con mayor incidencia representada por un 66%, mientras que casi nunca obtuvo un 20%, casi siempre y nunca tienen el menor porcentaje de 7%.

Tabla N. 25 Soy capaz de tomar medidas para que mi familia y yo no corramos peligro.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	47
Casi Siempre	4	27
Casi Nunca	2	13
Nunca	2	13
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: El 47% de los pacientes siempre son capaces de tomar medidas para que su familia y ellos no corran peligro, mientras que casi siempre obtiene el 27%, casi nunca y nunca tienen el menor porcentaje con un 13%.

Tabla N. 26 Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantener mi salud.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	9	60
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: El 60% de los pacientes son capaces casi siempre de evaluar que tanto les sirve lo que hacen para mantener su salud, mientras que los que siempre tienen esa capacidad les corresponde un 40%.

Tabla N. 27 Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	7
Casi Siempre	10	66
Casi Nunca	4	27
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme, casi siempre es la respuesta con mayor incidencia con 66%, mientras que casi nunca tiene el 27% y siempre un 7%.

Tabla N. 28 Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	7	47
Casi Nunca	2	13
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer, casi siempre tiene mayor incidencia con 47%, mientras que siempre tiene el 40%, casi nunca 7%.

Tabla N. 29 Si yo no puedo cuidarme busco ayuda.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	33
Casi Siempre	6	40
Casi Nunca	4	27
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: Si yo no puedo cuidarme solo busco ayuda, 40% de los pacientes contestaron que casi siempre, mientras que siempre obtuvo el 33% y casi nunca el 27%.

Tabla N. 30 Puedo sacar tiempo para mí.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	53
Casi Siempre	4	27
Casi Nunca	2	13
Nunca	1	7
Total	15	100
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".		

Descripción: En el ítem ¿Puedo sacar tiempo para mí?, "siempre" es el que tiene mayor incidencia representada por un 53%, mientras que casi siempre obtuvo el 27% y nunca un porcentaje de 7%.

Tabla N. 31 A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	40
Casi Siempre	6	40
Casi Nunca	1	7
Nunca	2	13
Total	15	100

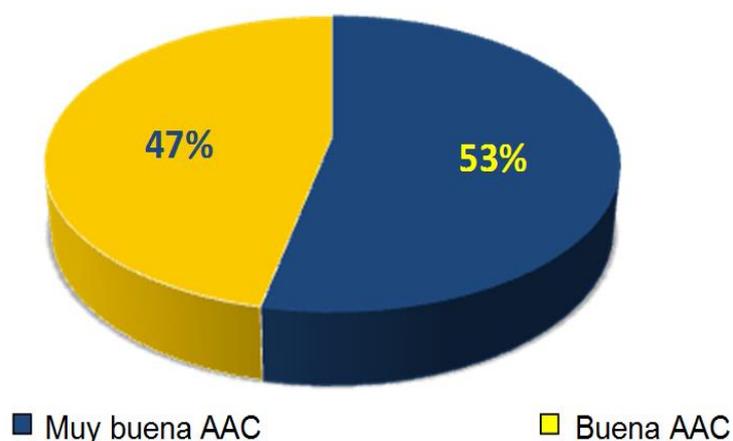
Fuente: Cuestionario "Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza".

Descripción: A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta, siempre y casi siempre tienen la mayor incidencia con el 40%, mientras que el menor es de casi nunca con un 7%.

Capacidad de agencia de auto cuidado

En lo referente a la capacidad de agencia de autocuidado el 53% de los encuestados obtuvo un puntaje entre 73 y 96 (tabla 1) lo que se traduce en una "muy buena capacidad de agencia de autocuidado", el 47% de los encuestados presentó una "buena" capacidad de autocuidado.

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO



6.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Descripción socio demográfica

El sexo predominante en la investigación fue femenino con el 87%, la mayoría de los pacientes son casados con el 53%, el grupo etario predominante es de 52 a los 57 años de edad con un 33%. El nivel académico más representativo es la primaria con 47% y la mayoría de los pacientes se dedican al hogar con el 80%.

El tiempo que tienen los pacientes de ser diagnosticados con DM2 es de 16 a 20 años representado por un 40%, la mayoría de los pacientes ingresaron en el año 2001 y son el 26%

Capacidad de agencia de autocuidado

Tomando las capacidades de AA los pacientes indicaron que siempre que cambian las circunstancias van haciendo ajustes para mantener su estado de salud con el 53%. En el ítem: Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener mi salud son buenas, el mayor porcentaje con 46% respondió siempre a esta pregunta.

En la investigación se determinó que el 60% de los pacientes casi siempre son capaces de evaluar que tanto sirve lo que hacen para mantener su salud, el 47% siempre y casi siempre realizan en primer lugar lo que sea necesario para mantenerla.

El 40% de los pacientes siempre se las arreglan para conseguir ayuda si tiene problemas para moverse o desplazarse y el mismo porcentaje mencionó que si no pueden cuidarse solos buscan ayuda, además el 40% siempre y casi siempre a pesar de sus limitaciones para movilizarse son capaces de cuidarse como a ellos les gusta.

En cuanto a hábitos higiénicos el 53% siempre pueden hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente, en el hábito de higiene personal el 47% siempre cambia la frecuencia con la que se bañan para mantenerse limpios.

El 53% de los pacientes tienen las fuerzas necesarias para cuidarse como deben, al igual que siempre el 46% buscan mejores formas para cuidar su salud.

La mayor parte con el 60% de los pacientes siempre han sido capaces de modificar hábitos que tenían muy arraigados con tal de mejorar su salud sin embargo; para mantener el peso que les corresponde el 40% casi nunca realizan cambios alimenticios.

En cuanto a la actividad física el 27% de los pacientes siempre piensan en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día y lo realizan; casi siempre el 66% de los pacientes les resulta difícil sacar tiempo para ellos.

El 53% de los pacientes casi siempre pueden dormir lo suficiente como para sentirse descansados, aunque el 66% casi siempre les resulta difícil sacar tiempo para cuidarse.

Cuando hay situaciones que les afectan el 40% casi siempre las manejan de manera que no afecte su forma de ser y cuando llegan a necesitar ayuda el 47% casi siempre pueden recurrir a sus amigos de siempre.

El 40% casi siempre que ven afectada su salud consiguen información necesaria para saber qué hacer y la mayoría con el 67% siempre obtienen información sobre su salud y piden explicaciones sobre lo que no entienden. El 40% siempre y casi siempre examinan su cuerpo para ver si hay algún cambio.

Cuando toman un nuevo medicamento el 66% siempre cuentan con alguien que les brinde información sobre los efectos secundarios.

En cuanto a la prevención de peligros el 47% siempre son capaces de tomar medidas para que su familia y ellos no corran peligro.

6.3 DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio comprueban que los pacientes del programa DUPAM realizan la AAC de Dorothea Orem. En el DUPAM se enseña multidisciplinariamente estrategias para que los pacientes adopten la AAC y mejoren su calidad de vida.

Respecto al test ASA, los ítems que presentan más baja puntuación en los pacientes del DUPAM están los relacionados con capacidades específicas de la AAC que menciona Dorothea Orem, como son: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos y el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposó.

Lo anterior ratifica la importancia de la educación en salud orientada a los pacientes y su familia. La familia cumple un papel mediador y de soporte entre la agencia de autocuidado y las acciones de autocuidado del individuo. De igual manera, la OMS sugiere que las acciones de autocuidado especialmente en estados de desviación de la salud están relacionadas con el deficiente conocimiento que se tiene de la patología, en este caso la DM2 y del manejo adecuado del mismo para tener una adaptación acorde con su nueva situación de salud y adherirse eficazmente a los tratamientos.

La AAC es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud, entre ellas, la adherencia a los tratamientos.

La mayoría de los pacientes tienen entre 52 a 57 años. Estrada²⁹ en su investigación determinó que la edad promedio fue de 57 ± 11 años. El sexo predominante en esta investigación fue el femenino que coincide con las investigaciones de Estrada²⁹, Alamilla²⁸, Medellín³², Arlerh³⁵, esto se debe a que en el DUPAM los pacientes que acuden son adultos mayores ya que ellos ocupan la mayoría de tiempo a su autocuidado a lo contrario de las personas

jóvenes o adulto joven aunque padezcan esta enfermedad tienen otras ocupaciones que les limita en la permanencia de estos grupos.

La mayoría de los pacientes son casados que coinciden con los resultados de Guzmán³⁰ y Medellín³². En cuanto la escolaridad, Alamilla²⁸, Estrada²⁹, Guzmán³⁰, Baca³³ y Arleth³⁵ encontraron que el nivel de escolaridad predominante es la primaria al igual que en la presente investigación.

El 80% de los pacientes mencionaron que solo se dedican al hogar y no laboran, en su investigación Medellín³² encontró que un 25% de los participantes refería ser económica y moralmente dependiente de los hijos. El no laborar y dedicarse únicamente al hogar y a su salud juega un papel muy importante para el adulto ya que pone en práctica las actividades de la Agencia de Autocuidado que se implementan en el DUPAM.

Los pacientes que tienen mayor tiempo de asistencia al DUPAM; es decir los que ingresaron en el año 2000 a 2002, fue representado por un 40%.

Respecto a las prácticas de AAC, el 53% de los pacientes encuestados consideraron que siempre ha medida que cambian las circunstancias van haciendo ajustes para mantener su salud, además cuando se les pregunto si revisan si las formas que practican habitualmente para mantener su salud son buenas, contestaron la mayoría de ellos que casi siempre, acerca de esto Uribe⁴⁰ menciona que el AAC debe de ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual, pues es responsabilidad de cada paciente por en práctica la AAC.

En el tema de hábitos higiénicos al preguntar si ellos pueden hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde viven siempre lo realizan, al igual que la modificación de los hábitos de higiene personal pues cambian la frecuencia con la que se bañan para mantenerse limpios. Lo contrario a la investigación de Medellín³² ya que en ella, sus resultados arrojaron que el 70% de los entrevistados manifestaron llevar una vida desorganizada y no contaban

con buenos hábitos higiénicos, ni hacían nada para cambiarlos. En las pláticas de educación para la salud impartidas por el personal de enfermería se les proporciono la información necesaria para mantener, mejorar y evitar complicaciones por una inadecuada higiene.

En cuanto a hábitos alimenticios los pacientes contestaron que siempre han sido capaces de modificar hábitos que tenían muy arraigados con tal de mejorar su salud y para mantener el peso que les corresponde los pacientes hacen cambios en sus hábitos alimenticios con un 33%, lo contrario a la investigación de Medellín³³ pues en ella los datos arrojaron que el 100% de los encuestados consumen alimentos que no son adecuados para la salud y no mantienen su peso. Particularmente, el estilo de alimentación, es el eje central para el control de la diabetes, sin embargo no puede ser modificado fácilmente porque la comida tiene un valor intrínseco determinado culturalmente.

Los pacientes demostraron el mismo porcentaje al saber que siempre, casi siempre y casi nunca piensan en realizar ejercicio y descansar un poco durante el día, por el contrario Medellín³⁴ en su investigación refiere que el 92% de los pacientes manifestaron sedentarismo y no realizaban ninguna actividad física. Sin embargo cuando a los pacientes del DUPAM se les cuestiono que si debido a sus ocupaciones diarias les resulta difícil sacar tiempo para cuidarse, un 67% de ellos respondió que casi siempre, algo parecido sucede con la investigación de Arleth³⁵ pues en su investigación ella encontró que el 50% de las personas siempre sacan tiempo para ellos. En el DUPAM se les brinda una hora de ejerció diariamente, este es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético, realizar por lo menos una hora de ejercicio diariamente contribuye a un bienestar fisiológico.

En cuanto al estado psicosocial el 40% refiere que cuando hay situaciones que les afectan, siempre las manejan de manera que no afecte su forma de ser y el 47% siempre acude con alguien cuando necesitan ayuda, respecto a esto Delgado³⁸ menciona que el autocuidado dirige un cambio de conducta y

fortalece la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo. En relación al déficit de soporte social, Dorothea Orem señala que el entorno de cada paciente puede tener repercusiones favorables o desfavorables en la salud de la persona cuando es positivo o a la inversa. Casi la mitad de los pacientes casi siempre, puede recurrir a sus amigos de siempre.

Por último las limitaciones de autocuidado están condicionadas por diversos factores tales como: falta de energía, pues el 33% de ellos refiere que nunca puede dormir lo suficiente como para sentirse descansado; también a la incapacidad o resistencia a cambiar sus hábitos alimenticios, pues el 40% de ellos casi nunca lo hacen.

6.4 CONCLUSIONES

Las variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil y la educación juegan un papel muy importante para que el paciente con DM2 para que se desarrolle una óptima Agencia de Autocuidado (AAC).

De acuerdo al propósito del estudio, los resultados demostraron que los pacientes que acudieron al programa en el periodo Agosto 2012-Julio 2013 tienen una muy buena AAC.

No todos los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem se encuentran evaluados en esta investigación debido a que el test ASA el cual se manejó como instrumento de valoración solo evalúa los siguientes: mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano; promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

La mayoría de los pacientes pertenecen al DUPAM desde el año 2000, lo que demuestra que al descubrir su enfermedad buscan medidas para controlarla previniendo complicaciones tempranas.

Dorothea Orem establece que la persona enferma puede necesitar conocimientos especializados y más esfuerzos para su autocuidado; en ese caso es necesaria la ayuda de enfermería en ofrecer esos conocimientos y recomendaciones basados en la ciencia y en la tecnología médica para que el juicio del paciente sobre el autocuidado sea válido y que el agente de inserción social que ayuda al desarrollo de la misma por su participación para fomentar estrategias que favorecen el autocuidado sobre todo en el grupo poblacional de adultos mayores.

Otro de los objetivos de la investigación fue identificar las actividades de autocuidado que realizaban los pacientes, los resultados demuestran que la mayoría de los Diabéticos siempre realizan ajustes para mantener su salud y hacen en primer lugar lo que sea necesario para mantenerla; además generan un juicio a su propio autocuidado pues la mayoría de ellos casi siempre es capaz de revisar si las formas que practican habitualmente para mantener su salud son buenas.

De tal manera que en el programa se les enseña a responsabilizarse sobre su enfermedad y con la ayuda del equipo multidisciplinario desarrollan una AAC para mantener su estado de salud y prevenir complicaciones. Sin embargo se pudo identificar que a los pacientes les cuesta trabajo hacer cambios en sus hábitos alimenticios pues algunos expresaron que la manera de alimentarse se encuentra muy arraigada, es donde la enfermera pretende modificar del estilo de vida en donde el paciente aprenda a comer de otra manera.

El tiempo para sus actividades de recreación se encuentra limitado pues ellos expresaron que casi siempre debido a sus ocupaciones diarias les resulta difícil sacar tiempo para cuidarse pero acuden al DUPAM que es un grupo social donde interactúan con otros pacientes y le dicen el tiempo para divertirse, convivir y aprender.

El realizar las actividades culturales y sociales que se llevan a cabo en el programa ayudan a lograr que los pacientes se sientan pertenecientes a un grupo, estableciendo estos vínculos interpersonales, es por ello que en cuanto al requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, los pacientes mencionan que casi siempre puede recurrir a sus amigos de siempre si tienen algún problema y si ellos no pueden cuidarse solos, buscan ayuda con los mismos compañeros.

Es importante destacar que en el requisito; prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, los pacientes siempre son capaces de tomar medidas para que su familia y ellos no corran peligros. Lo siguiente demuestra que los pacientes son conscientes y responsables no solo por su bienestar sino también por el de sus familias.

Cuando tienen que tomar alguna nueva medicina siempre cuentan con una persona que les brinda información sobre los efectos secundarios y para obtener información sobre su salud piden explicaciones sobre lo que no entienden. La búsqueda y empleo de la información sobre lo que no entienden acerca de su enfermedad les brinda un mejor control de la misma, donde entran las intervenciones en el ámbito disciplinar y multidisciplinar del programa para la sensibilización, concientización, tratamiento y las complicaciones de la patología.

La investigación también reveló que los pacientes hacen lo necesario para mantener limpio el ambiente donde viven, siempre modifican la frecuencia con la que se bañan y examinan su cuerpo para ver si hay algún cambio, reflejando así el impacto potencial en el apoyo del personal de enfermería para el paciente a través de la promoción de la salud.

Los resultados de la investigación representan un pequeño aporte al profesional de enfermería interesado en el tema de la AAC, llevando a cabo el análisis de una de las enfermedades crónicas que más preocupa en nuestro país, con el fin de expandir los conocimientos de la disciplina contribuye al diseño y la implementación de programas e intervenciones de enfermería basadas en evidencia, con énfasis en los estilos de vida saludables ayudando en la práctica enfermera.

En relación al test ASA concluimos que el instrumento valoró adecuadamente la AAC de los pacientes, por lo anterior expuesto se demuestra la eficacia y eficiencia del programa DUPAM y de las acciones del equipo multidisciplinario.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN**

El presente consentimiento es dirigido por la Lic. Alavez Melendez Yarizbeth y la Lic. Ortega Tolentino Olga Yarendi, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Licenciatura en Enfermería.

El tema de la investigación es “Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es de carácter voluntario.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo descrito en el objetivo. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano se agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado del objetivo de esta investigación y reconozco que la información que yo provea en el curso de este estudio es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de lo establecido de este proyecto sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno

_____ Firma del Participante



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO**



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Agencia de Autocuidado del Paciente Diabético del programa DUPAM FES Zaragoza”.

Objetivo: Analizar la agencia de autocuidado del paciente diabético del programa DUPAM FES Zaragoza

Instrucciones: Lea con atención y marque la respuesta seleccionada

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Tiempo de DX: _____ Tiempo de asistir al programa: _____

No.	ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener mi 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 mantener mi salud.				
6	Tengo 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 la 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 y lo hago				
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 modificar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar alguna nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				

18	Soy capaz de tomar medidas para que mi familia y yo no corramos peligro				
19	Soy capaz de evaluar qué tanto que tanto me sirve lo que hago para mantener mi salud				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer				
22	Si yo no puedo cuidarme busco ayuda				
23	Puedo sacar tiempo para mi				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				

DIFUSIÓN DEL PROGRAMA.

diabéticos

MIS CUIDADOS INICIAN POR EJERCICIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

FES ZARAGOZA

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD
TAMAULIPAS

**Ven e intégrate
de lunes a
viernes 9:00 a
10:30 am.**

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Volver a jugar
ACTIVACIÓN FÍSICA

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

ATENCIÓN MÉDICA Y ENFERMERÍA
... y medicamentos que
la clínica tenga

BIBLIOGRAFIA.

- Atlas de la Diabetes. La Carga Mundial. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>
- Federación Mexicana de Diabetes. Diabetes en números. Fecha de consulta 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- Martínez M. México ocupa el séptimo sitio mundial en incidencia de diabetes mellitus. La Jornada. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2013/03/01/sociedad/046n3soc>
- OMS. 10 datos sobre la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>
- NEGI. Conociendo México. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf
- Vive con Diabetes. Estadísticas. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas>
- ENSANUT 2012. Resultados nacionales. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- CONAPO. Estadísticas de Mortalidad E Indicadores demográficos básicos por entidad federativa. Fecha de consulta: 21/09/2013 23:06:16
- ADA . Guía práctica de recomendaciones para el cuidado de la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2013/01/18/diabetes-2013-en-espanol-resumen-de-las-recomendaciones-de-la-ada-2013/>
- Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. 2001 publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de enero de 2001, página Web de la Secretaría de Salud, Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

- Torrades SM, Diabetes mellitus tipo 2 Una nueva epidemia, Divulgación sanitaria. VOL 25. núm 5. mayo 2006, pp. 96
- Gutiérrez VR. La Fisiopatología como base de tratamiento fundamental del diagnóstico Clínico. México 2011. Editorial Panamericana.
- American Associations Diabetes. Diabetes Care. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/8/2067.full>
- Federación Mexicana de Diabetes. Complicaciones de la Diabetes. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- DUPAM: un modelo de atención multidisciplinaria a personas con diabetes. Vertientes. FES Zaragoza UNAM. ISSN 1405-7867. Vol.7. N° 1-2, 2004.
- Taylor S. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teorías en enfermería . Elsevier. Barcelona. pp 267-295.
- Teoría del autocuidado. Consultado el 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://teoriaautocuidado.blogspot.mx/>
- Orem D. Conceptos y práctica de enfermería. Sant Louis. 2a ed. Editorial Mac Graw-Hill book, 1995.p.p 203
- Alamilla B M, Canto BF, Chablé H S, Moo M A. Factores condicionantes básicos sobre las acciones de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Desarrollo Científico Enfermero. Enero- Febrero 2004; Volumen 12 N° 1.
- Estrada CM, Gómez CM y Cruz PA. Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM2. Revista Enfermería IMSS 2004; 12 (2):7578.
- Guzmán PM, Cruz CA, Parra JM, Manzano OM. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Revista de Enfermería del IMSS 2005; 13(1): 9-13
- Lezama J, Malavé, C, Tovar M, Morelba T. Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería. Programa de orientación sobre autocuidado a los usuarios con diabetes tipo 2 que asisten a la unidad de diabetes Dra. Iris García de Mota del hospital Dr. Julio Rodríguez de cumana. Cumaná, mayo, 2005.
- Medellín VB. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Enfermería del Seguro Social 2007; 15 (2): 91-98
- Baca MB, Bastida LM, Aguilar MR et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. Culiacán, Sinaloa. México. Enfermería Global. N° 13 Junio 2008.

- Méndez SV, Becerril EV, Morales PA, Pérez LV. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Ciencia en enfermería. 2010. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300011>.
- Herrera LA, Andrade HL, Hernández SO, et al. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances en enfermería . 2 mayo-agosto ;2012vol. XXX
- Alarcón LN, Rizo BS, Cortés CE, Cadena SF. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. Waxapa 2012; 2(7): 24-32, consultado el lunes 23 de septiembre 2013 en la página http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=93220&id_seccion=5022&id_ejemplar=9135&id_revista=287
- Ávila AH, Meza GS, Frías RB, et al. Intervención de enfermería en el Autocuidado con apoyo educativo en Personas con diabetes mellitus tipo 2. Cultura de los cuidados [en línea]. 2º. Semestre 2006 • Año X - N.º 20. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/877/1/culturacuidados_20_20.pdf
- Delgado SN. Programa educativo para personas con diabetes mellitus tipo II. Programa educativo. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dcostadelsol/web/wp-content/uploads/2012/05/programa_educacion_diabetes_Tipo_II.pdf
- Padilla ZM, et al . Factores Relacionados con el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en Personas con Diabetes tipo 2. Desarrollo científico enfermero. Vol. 17 N° 9 Octubre, 2009. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/desarrollo_cientifico_la_enfermeria/2FactoresRelacionados.pdf.
- Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
- Ostiguin MR. Teoría general del déficit de autocuidado. Editorial Manual moderno 2011 México. Pp. 17
- Organización de la Naciones Unidas para la Educación. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Fecha de consulta: 1 de septiembre del 2013. Disponible en:

http://www.facillectura.es/documentos/Declaracion_Universal_Derechos_Humanos_FL.pdf

- Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos Humanos de investigación. Fecha de consulta: 1 de Enero del 2014. Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fecha de consulta: 1 de febrero del 2014. Disponible en : http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf
- Cely MI.Espinosa VM, Mateus RA. Capacidad de Agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH en un población de Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá 2008. PP. 49.
- 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 Universidad de La Sabana Colombia.