



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
UNIDAD ACADÉMICA
JURISDICCION CARDENAS, TABASCO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A
LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS EN ENFERMEDADES
CRONICAS, CARDENAS, TABASCO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
MIRNA TORRES HERNANDEZ**

Asesor de tesis:

**DRA. MARIA GUADALUPE GRIJALVA
ACADÉMICA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UNEME'EC,
CARDENAS, TABASCO.**

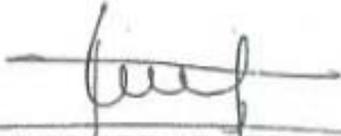
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MIRNA TORRES HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:


**DR. JAIME EARIAS ECHAVARRIA
COORD. DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD.**


DR. JORGE LUIS ESCOBAR VILLANUEVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
H. CARDENAS.


DRA. MARÍA GUADALUPE GRIJALVA
ACADÉMICA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UNEME'EC,
CARDENAS, TABASCO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

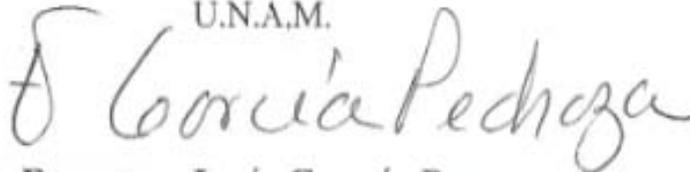
PRESENTA:

MIRNA TORRES HERNANDEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A
LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS EN ENFERMEDADES
CRONICAS, CARDENAS, TABASCO.**

1. ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION -----	6
MARCO TEORICO -----	9
ASPECTOS RELEVANTES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 -----	9
CONCEPTOS DE AUTOCUIDADO -----	9
INTERVENCION EDUCATIVA -----	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	16
JUSTIFICACION -----	19
OBJETIVOS -----	25
OBJETIVO GENERAL -----	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS -----	25
METODOLOGIA -----	28
TIPO DE ESTUDIO -----	28
POBLACION LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO -----	28
TIPO DE MUESTRA DEL ESTUDIO -----	28
CRITERIOS DE INCLUSION -----	28
CRITERIOS DE EXCLUSION -----	28
CRITERIOS DE ELIMINACION -----	28
VARIABLES A RECOLECTAR -----	28
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION -----	28
CONSIDERACIONES ETICAS -----	36
RESULTADOS -----	38
DISCUSION -----	56
CONCLUSIONES -----	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	60
ANEXOS -----	64

1. INTRODUCCIÓN

En México, la diabetes ocupa el primer lugar entre las principales causas de mortalidad y muestra un incremento de alrededor de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos. Según la Encuesta Nacional de Salud 2010, en México la prevalencia general fue de 7.5% en la población mayor de 20 años, y ocupó el décimo segundo lugar como causa de enfermedad en el país, con 287,180 casos nuevos.¹

Las recomendaciones de los últimos años de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan, entre los objetivos principales, la educación temprana del enfermo y su familia mediante el cumplimiento de un programa estandarizado, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada.²

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar las exigencias del tratamiento. El propósito de la educación es informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables.

Diferentes definiciones de AUTOCUIDADO son dadas en contextos culturales y sociales específicos. En los países del continente Americano, el autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas.³

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. El concepto de

estilo de vida es amplio y envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las circunstancias sociales y económicas, y las facilidades con que ellas pueden elegir otras alternativas.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.³

El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.³

Respecto al autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem es de gran alcance; además sirve de sustento en la planificación y ejecución de actividades de autocuidado, porque proporciona el fundamento científico que guía la atención, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes. Orem define el autocuidado como las prácticas de actividades que las personas maduran a través del tiempo y llevan a cabo, con el interés de mantener un funcionamiento sano para continuar con el desarrollo personal y bienestar.⁴

Un aspecto relevante del control de todo padecimiento crónico degenerativo como la diabetes es que el paciente modifique los estilos de vida aprendidos, por lo que el estar informado y conocer la enfermedad, así como controlarla, transitan necesariamente por la educación participativa en salud.

Es evidente que el proceso educativo, aunado a un régimen nutricional, tiene un

impacto positivo en el control metabólico, sobre todo cuando este involucra al paciente y su familia.

La educación del paciente y su familia es un aspecto de crucial importancia para el éxito del tratamiento, donde el paciente informado participa en las decisiones de su cuidado, favorece el alcanzar metas de tratamiento y la vigilancia y prevención de complicaciones derivadas de la diabetes.⁵

2. MARCO TEÓRICO

La epidemia de la Diabetes Mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial.

En la actualización del 2014 del Atlas de la DIABETES de la FID (Federación Internacional de Diabetes), existen en el mundo 387 millones de personas con diabetes con una prevalencia del 8.3 %, de los cuales el 46.3 % no se encuentran diagnosticados, de estos el 77% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medianos y bajos, se prevé un incremento de 205 millones de personas más para el año 2035; de éstas, una de cada 12 personas tiene diabetes, una de cada 2 personas con diabetes no sabe que la tiene, cada 7 segundos una persona muere de diabetes, 4.9 millones de muertes en el 2014, una de cada 9 personas gasta en cuidados sanitarios por diabetes.

En América del Norte y el Caribe, existen 39 millones de personas con diabetes con una prevalencia de 11.4%, de los cuales el 27.1% no son diagnosticados.

En nuestro país hay una prevalencia del 9.1% en diabetes y se presentan 5 muertes por complicaciones de la diabetes cada hora. De cada 10 personas 7 son obesos, de cada 10 diabéticos solamente 1.5 son atendidos en los centros de salud, de cada 10 diabéticos solamente 1.4 se encuentran con niveles de glucosa controlados, y solo al 15% le revisan sistemáticamente los pies. Y solo un 40 % realiza una actividad física.⁶

En la revista médica del IMSS 2006 el autor refiere; es cada vez es más evidente que el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y con otras enfermedades crónicas, para tener cierta efectividad, requiere cambios en el estilo de vida de tales pacientes para lograr su control. Destaca el papel de la educación en la problemática de las enfermedades crónicas, muestra cómo la educación participativa que motiva, encauza y estimula a las personas a cambiar, es superior por sus premisas, sus alcances en los espacios propiamente educativos y

sus mayores potencialidades en el ámbito que nos ocupa. Hace énfasis el lugar fundamental que tiene el autoconocimiento no sólo como premisa de la perspectiva participativa de la educación, también para replantear la concepción misma de la educación para la salud conviene insistir en que el equipo cuyo encargo es el cuidado de la salud, debe priorizar otro tipo de educación del paciente crónico, capaz de motivarlo y encauzarlo para el autoconocimiento, estimularlo para que pueda aproximarse gradualmente hacia otras formas de ser, cuyo significado consista en mejores circunstancias de existencia y hábitos de vida personal y familiar más saludables, lo cual le permitirá arribar a un auténtico autocontrol y asumir lo que le corresponde en su autocuidado.⁷

En cuanto a la educación para la salud, en un estudio realizado en España en el año 2003-2006, La evaluación se llevó a cabo mediante unos formularios que versaron sobre: Nivel de comprensión de los temas tratados, Satisfacción personal y utilidad cotidiana de las enseñanzas, Modificación de hábitos de vida. Se obtuvo que el 98% de los pacientes manifestaba haber aprendido sobre su enfermedad, tanto de la fisiopatología como los factores nocivos y las complicaciones a raíz de asistir a las sesiones. Se confirma la adquisición de hábitos de vida saludables en un 68%, al analizar las encuestas de modificación de hábitos de vida referentes a la higiene, dieta y ejercicio físico.⁸

En otro estudio realizado en Antioquia en el 2005 y sobre autoconocimiento, monitorización y complicaciones de la diabetes, menciona que una sólida educación a los pacientes en temas relacionados con la diabetes y la monitorización de la glucosa, se han asociado con mejor control metabólico, mayor entendimiento de la enfermedad, autoconfianza y mejor cuidado clínico. Se utilizó un cuestionario indagando acerca de la monitorización, tipo de diabetes, tratamiento y complicaciones; se midió la glucosa, el peso, la talla y el perímetro abdominal. El cual concluye que el conocimiento de la DM y la monitorización de la misma se relacionan con mejor control glucémico y disminución en la frecuencia de las complicaciones crónicas de la DM.

La falta de monitorización frecuente puede deberse al pobre poder adquisitivo y a la pobre insistencia sobre su importancia por parte del personal de salud.

La hiperglucemia postprandial se ha relacionado con aumento en la mortalidad cardiovascular. Los niveles promedio de glucemias postprandiales por micro método fueron de 210,1 mg/dl para los pacientes con DM tipo 2. Además en estos se encontraron con mayor frecuencia sobrepeso, obesidad y perímetro abdominal aumentado. Aclarando que la obesidad central se ha identificado como uno de los mecanismos fundamentales en el desarrollo de resistencia a la insulina.⁹

Otro estudio realizado en América del Sur en el 2012 en personas con diabetes mellitus tipo 2, su capacidad de agencia de autocuidado, en el cual se aplica un instrumento versión en inglés desarrollada por Isenberg y Everest traducida al español por Gallegos la cual se compone de veinticuatro ítems en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta donde el puntaje totalmente en desacuerdo significa el valor más bajo de capacidades de autocuidado y totalmente de acuerdo más alto, y el cual concluye 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.¹⁰

Y en nuestro país en un estudio realizado por el IMSS en el 2006 el cual se refiere

al control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. Y en el cual para evaluar el aprendizaje diseña un instrumento con opciones de respuesta si (verdadero) no (falso) y no sé; y en la cual la validez de contenido se dio a través del juicio de siete expertos llegando al 100% de acuerdo en cada pregunta en diez rondas. Evalúa el efecto de la estrategia educativa a través de los indicadores de control clínico disponibles en nuestro medio y verifica el aprendizaje con el instrumento, dando como resultado un 72 % el cual mejoró su calificación y pasó de nivel bajo a intermedio, con cambios más notorios en los indicadores de tratamiento no farmacológico y automonitoreo; así mismo, se demostraron reducciones significativas en glucosa, tensión arterial y peso entre los pacientes del grupo de intervención, que superaron a los del grupo control, pero sin cambios satisfactorios en el índice de masa corporal.¹¹

La diabetes es definida como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria, y con participación de diversos factores ambientales que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de carbohidratos, grasas y proteínas.

Sus factores de riesgo son obesidad (>120% del peso deseable o IMC>27 kg/m²), sedentarismo, antecedentes familiares, miembros de grupos étnicos de alto riesgo, mayores de 65 años de edad, mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4kg) y/o con diabetes gestacional, hipertensión, dislipidemia (colesterol HDL<35 g/dl y/o triglicéridos >250 mg/dl), enfermedad cardiovascular y con historia previa de anormalidades de la glucemia.

CLASIFICACIÓN:

I. Diabetes tipo 1. Destrucción de células beta generalmente con deficiencia absoluta de insulina, (Mediada inmunitariamente e Idiopática).

II. **Diabetes tipo 2.** Hay capacidad de secreción de insulina pero sus niveles no superan a la resistencia concomitante de insulina, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

III. Otros tipos específicos.

a) Defectos genéticos de la función de células beta, b) Defectos genéticos en la acción de la insulina, c) Enfermedades del páncreas exócrino, d) Endocrinopatías, e) Inducida químicamente o por drogas, f) Infecciones, g) Diabetes poco común mediada inmunitariamente, h) Otros síndromes genéticos, algunas veces asociados con diabetes.

IV. Diabetes Gestacional.

El cuadro clínico se caracteriza por poliuria, polidipsia, pérdida rápida de peso inexplicable por otras causas, algunas veces polifagia, visión borrosa, astenia, resequeidad de mucosas.

En exámenes de laboratorio se encuentra hiperglucemia como alteración básica; puede coexistir con dislipidemia, datos de hemoconcentración y desequilibrio hidroelectrolítico y en algunas ocasiones cetonuria.

En exámenes de gabinete no se requiere en etapas iniciales, salvo para evaluar complicaciones.

Criterios diagnósticos:

1).- Síntomas "clásicos" y una glucemia plasmática casual $> \text{ó} = 200 \text{ mg / dl}$ (11. 1 mmol/L)

2).- Glucemia plasmática en ayuno $> \text{ó} = 126 \text{ mg / dl}$ o bien, glucemia $> \text{o} = 200 \text{ mg / dl}$ a las 2 horas después de carga oral de 75 gr, de glucosa disuelta en agua.

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba.

Se considera glucosa anormal en ayuno (intolerancia a la glucosa) una glucemia $> 110\text{mg/dl}$ pero menor de 126mg/dl y una glucemia $> \text{o} = 140 \text{ mg/dl}$ pero menor de 200mg/dl 2 hrs después de una carga de 75 grs de glucosa indica alteración de la tolerancia a la glucosa.

3).- Diabetes gestacional: si durante la semana 24-28 del embarazo presenta 2 ó más de los siguientes valores: glucosa en ayuno > 105 mg / dl y después de una carga de 100 gr de glucosa valores superiores a 190 mg / dl a las 2 horas poscarga y 145 mg / dl a las 3 horas.

Complicaciones: La glucosilación de proteínas tisulares y producción excesiva de polioles por hiperglucemia crónica puede producir retinopatía; nefropatía; neuropatía periférica y autonómica.

Retinopatía: es el hallazgo que mejor correlaciona con el diagnóstico de DM.

La DM es la segunda causa de ceguera en el mundo, y la primera en nuestro país, tanto por cataratas como por retinopatía proliferativa. La búsqueda intencionada debe ser reforzada en los pacientes con microalbuminuria o cualquier otro grado mayor de daño renal, ya que el daño renal y de rutina generalmente tienen evoluciones paralelas.

La clasificación actual de la retinopatía en el diabético es la siguiente:

- 1.- No proliferativa (basal). Hallazgo de microaneurismas y hemorragias (puntos rojos) y/o exudados duros.
- 2.- Retinopatía pre-proliferativa. Antes conocida como no proliferativa leve y moderada; significa la presencia de áreas isquémicas (exudados algodonosos, zonas no perfundidas, visibles mediante angiografía fluoresceínica).
3. Retinopatía proliferativa. Presencia importante de vasos de neoformación en cualquier sitio de la retina, hemorragias prerretinianas, aparición de tejido fibroso, rubeosis del iris.
4. Maculopatía. No necesariamente se presenta en la misma línea cronológica que las tres anteriores. Hay presencia de edema macular que puede no ser visible con la oftalmoscopia de rutina, siendo una de las causas de pérdida rápida de agudeza visual.
5. Etapas clínicas terminales. La OMS define como la presencia de compromiso significativo de la agudeza visual, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina y amaurosis.

Nefropatía: es crucial la detección temprana y adecuada de la microalbuminuria. Se recomienda además periódicamente determinar creatinina sérica, examen general de orina, depuración de creatinina, urocultivo y toma de presión arterial. Los factores que pueden evitar la progresión del daño renal son el control glucémico estricto (hemoglobina A1c < 7%), dieta con restricción de proteínas, practicar ejercicio regular, evitar el tabaquismo, el control adecuado de la presión arterial y de los lípidos séricos. En presencia de microalbuminuria y/o hipertensión arterial se recomienda la administración de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), bloqueadores de receptor AT-II, o ambos.

La neuropatía sensitiva. Es una de las complicaciones que aparecen más temprano y está relacionada al control metabólico. La neuropatía periférica es el resultado del predominio de uno de dos componentes siempre presentes en mayor o menor grado: la neuropatía motora y la sensitiva.

Por el contrario, la neuropatía es de aparición tardía. El principal determinante de su aparición es la hiperglucemia.

La neuropatía diabética se clasifica en:

1. Neuropatía periférica. Es distal y simétrica, en las 4 extremidades, y se manifiesta con progresión desde distestesias y parestesias, hasta la hipoestesia y la analgesia.
2. Mononeuropatía de nervio craneal. Se manifiesta como dolor agudo y localizado y/o como parálisis generalmente reversible. Los nervios más afectados son VII, V, III, IV y VI.
3. Neuropatía toracoabdominal. Puede ser truncal se presenta generalmente como radiculopatía, es decir con dolor agudo localizado pérdida de sensibilidad, puede ser reversible y puede cursar con pérdida de peso.
4. Mononeuropatía por atrapamiento. Se manifiesta generalmente con dolor localizado y suele cursar con compromiso motor. Incluye el síndrome del túnel del carpo, la neuropatía cubital, el dolor tipo ciática, o "pie caído" por neuropatía peroneal.
5. Plexopatía. Es una neuropatía de predominio proximal, que cursa con dolor y debilidad, así como hipotrofia muscular usualmente asimétrica y pérdida

de peso (amiotrofia o caquexia diabética). Se da generalmente en cintura pélvica.

6. Neuropatía hipoglucémica. Coincide con periodos agudos de hipoglucemia, e incluye manifestaciones inespecíficas como parestesias, temblor y debilidad, principalmente en manos y pies. La neuroglucopenia prolongada es una hipoglucemia aguda profunda no excluye daño neurológico central irreversible.
7. Neuropatía autonómica. Afecta a los sistemas y aparatos cardiovasculares, digestivos y genitourinario. Se manifiesta por impotencia sexual, gastroparecia, diarrea, sudoración prandial, ortostatismo, denervación cardíaca, etc.

Las complicaciones macrovasculares manifestadas clínicamente como insuficiencia coronaria, insuficiencia vascular cerebral e insuficiencia arterial de miembros inferiores, son principal causa de muerte en el paciente con diabetes. En este grupo se incluye además la insuficiencia cardíaca y la cardiomiopatía diabética. La magnitud del riesgo cardiovascular atribuible a la diabetes es de las más altas.

La mortalidad por eventos vasculares cerebrales es tres veces mayor en la diabetes mellitus tipo 2. El sitio más común es la oclusión de pequeñas arterias penetrantes paramediales seguido por estenosis carotideas.

Las medidas preventivas de estas complicaciones deben ser iniciadas desde las etapas más tempranas del padecimiento y su revisión debe formar parte integral de cada evaluación.

Los determinantes de la aparición de las complicaciones macrovasculares son múltiples, entre ellos destacan las dislipidemia, la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglucemia, la resistencia al insulina, el envejecimiento, la inactividad física, el estado protrombótico frecuentemente observado en la DM-2, el tabaquismo y la albuminuria.

Mayor incidencia de enfermedad aterosclerosa cardiovascular, cerebral y vascular periférica, hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedad periodontal. En

su forma aguda puede producir cetoacidosis, coma hiperosmolar y estado hiperglucémico no cetósico.

Tratamiento: En pacientes asintomáticos, inicialmente manejo no farmacológico por al menos 3-6 meses con dieta, ejercicio, control del peso (IMC >18 y <25), restricción de alcohol y grupos de ayuda mutua. Si no se logra mantener niveles normales de glucosa, colesterol, triglicéridos, presión arterial, peso y Hb A1c, iniciar tratamiento farmacológico:

1).- *Sulfonilureas*: Tolbutamida dosis inicial 250-500 mg, no > 3 gr / día; Cloropropamida dosis inicial 125-250 mg, no > 750 mg/día; Glibenclamida dosis inicial 2.5-5 mg, no > 20 mg/día; Glimepirida dosis inicial 1 mg, no > 8 mg /día, Glipizida dosis inicial 5 mg, no >15 mg /día.

La dosis se ajusta de acuerdo con la respuesta. Contraindicadas en diabetes tipo 1, embarazo, lactancia, complicaciones metabólicas agudas y alergia a las sulfas. No se recomiendan en pacientes diabéticos obesos de reciente diagnóstico ya que éstos presentan hiperinsulinemia.

2).- *Biguanidas*: Metformin dosis inicial 500-850 mg / día, no > 3 gr/día.

En pacientes obesos, dislipidémicos, solos o en combinación con Sulfonilureas

3).- *inhibidores de alfa-glucosidasa*: Acarbosa dosis inicial 50-100 mg, no >300 mg/día; Miglitol 75 a 300 mg/dl. No disponible en México

Sola o combinada con las anteriores. Indicadas en pacientes mayores de 60 años de edad o con glucemias menores de 140 mg/dl.

4).- *Tiazolidinedionas*: Pioglitazona 15-45 mg /día. Rosiglitazona: 4-8 mg / día

Indicadas en pacientes con diabetes tipo 2, solas o combinadas con Sulfonilureas o en diabetes tipo 1 (combinadas con insulina). Contraindicadas en diabetes tipo 1 (solas) o secundaria a enfermedades pancreáticas, embarazo, cirugía mayor, infecciones graves, estrés o traumatismos y en insuficiencia renal o hepática. Durante su administración deben investigarse transaminasas periódicamente.

5).- *Análogos de neoglitinidas*: Repaglinida dosis de 4mg/día en 2 dosis divididas 15 minutos antes del desayuno y cena. Nateglinida dosis de 60 ó 120 mg 3 veces/día antes de los alimentos.

6).- *Insulinas*: Están indicadas en diabetes tipo 1 o por falla de hipoglucemiantes orales. Debe considerarse como de primera elección en pacientes delgados asintomáticos con diagnóstico incierto del tipo de diabetes, así como en diabéticas embarazadas o en diabetes gestacional.

Disponibles en nuestro país las de acción rápida, intermedia (lispro, NPH), lenta y glargina (de aplicación una vez al día).

La dosis inicial no debe ser >0.5 UI / kg de peso. En algunos casos es posible administrar una sola dosis de acción intermedia por la mañana. Cuando se requieren $> 25-30$ UI / día, se fracciona la dosis: $2/3$ en la mañana y $1/3$ en la noche.¹²

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.

Por consiguiente, se debe señalar la asociación de altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de la diabetes y la presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vasculares por la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos y de seguimiento a los pacientes. La escasa utilización de intervenciones eficaces deriva en que hasta el momento no se ha utilizado la evidencia científica disponible en la materia como base para una mejor atención.¹³

A nivel estatal, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Tabasco fue de 9.4%, Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (18.7 y 15.5%, respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (18.5%) y en mujeres de la misma edad (18.3%).

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Tabasco se ubicó arriba de la media nacional (9.2%).

De la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses fue de 5% para Tabasco.

El porcentaje de los que reportaron que se les realizó una revisión de pies en los últimos 12 meses fue de 8.3%.

Lo anterior muestra que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la revisión de pies en los servicios de medicina preventiva fue muy bajo en todos los grupos de edad.¹³

La diabetes es una enfermedad que requiere de vigilancia, constancia, conocimiento de la enfermedad y sobre todo tener la responsabilidad el propio paciente de adquirir estos compromisos.

En Cárdenas los pacientes que son referidos a UNEME´EC ya sea de recién diagnóstico o larga evolución tienen escaso o nulo conocimiento sobre el autocuidado lo cual es preocupante, ya que es determinante para evitar complicaciones micro y macro vasculares a corto mediano y largo plazo.

Lo cual hace pensar que no se está dando las recomendaciones necesarias para la prevención de éstas o que existe poca participación del propio paciente sobre el conocimiento del auto cuidado en diabetes implica una barrera para la adherencia terapéutica así como para el adecuado seguimiento y control de la misma.

Los principales pasos como el comer en forma saludable, realizar actividad física, auto monitoreo, tomar sus medicamentos en horarios establecidos y sin suspender, así como el auto cuidado de los pies y salud bucal, principalmente; es la orientación que debe de recibir un paciente con diagnóstico de diabetes, dar la consejería adecuada y verificar su aprendizaje son determinantes para el pronóstico de salud del paciente a mediano y largo plazo.

En cuanto al municipio de Cárdenas con afluentes a UNEME´EC Cárdenas no existen estudios sobre el auto cuidado en pacientes con diabetes mellitus 2 por lo cual resulta complicado detectar, analizar y abordar el tema, ya que la mayoría

de los pacientes no consideran de importancia el auto cuidado y no buscan ser orientados, por lo cual surge la pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento o la capacidad de autocuidado que tienen sobre el autocuidado los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a UNEME´EC?

4. JUSTIFICACIÓN

La OMS estima que hay alrededor de 140 millones de personas con DM en el Mundo y calcula que esta cifra se eleve en los próximos 25 años. En 1995 México contaba con 3.8 millones de adultos con DM y ocupaba el 4° lugar dentro de las principales causa de muerte con una prevalencia de 7.2% en la población de entre 20 a 69 años de edad. Anualmente se registran más de 180 mil casos nuevos y 36 mil defunciones aproximadamente.

Una de las tareas del médico familiar es identificar barreras que afecten la adherencia al tratamiento y así poder intervenir y aplicar estrategias relacionadas con el auto cuidado en el paciente diabético.

Ya que se tiene el conocimiento que el realizar el auto cuidado trasciende sobre la prevención el tratamiento y control de la enfermedad. La Secretaria de Salud Federal ha puesto en marcha programas para promover la sensibilización y capacitación de los prestadores de servicio, con el fin de desacelerar el índice de diabetes y sus complicaciones.

En general, es necesario desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la diabetes y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención tratamiento y control de la enfermedad.

Sin embargo, es evidente que las estrategias utilizadas, en la mayor parte de los casos no han sido las deseadas, debido posiblemente a que se fomenta la pasividad en el paciente-alumno y lo coloca como receptor y consumidor de información la cual es usada de manera cotidiana por el servicio de promoción en los Grupo de Ayuda Mutua, para la educación de los pacientes con diabetes.

Por esta razón es importante retomar la educación sobre el autocuidado a través de los grupos de ayuda mutua, ya que la educación en el autocuidado es la piedra angular en el manejo de la diabetes y está centrada en el cambio de comportamiento para restaurar su calidad de vida la educación en el autocuidado es un proceso interactivo que involucra a la persona con diabetes al cuidador al familiar y equipo de salud.

La educación consiste en enseñar a los pacientes a tomar decisiones informadas en su autocuidado. Los profesionales de la salud encargados de la educación de sus pacientes son enfermeras nutriólogos, médicos, trabajadoras sociales y psicólogos entre otros.

Por eso la importancia de retomar a los **Grupos de Ayuda Mutua (GAM)** también conocidos como **Clubes de Pacientes (CP)** los cuales se forman principalmente en las unidades de salud de primer nivel de atención. Estos grupos son una organización de los propios pacientes con supervisión médica y apoyo de los servicios de salud. Tienen el propósito de incorporar y crear redes de apoyo social y la Educación activa de personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento y facilitar y promover su educación.

En las unidades de atención del Sistema nacional de Salud así como en las UNEME´EC, se fomenta la creación de grupos de apoyo y ayuda mutua así como los centros de trabajo escuelas y otras organizaciones de la sociedad civil. Son supervisadas y dirigidas por un profesional de la salud capacitando los grupos de apoyo y de ayuda mutua y se enfocan en educar y estimular la adopción de estilos de vida saludables como: la actividad física alimentación correcta automonitoreo de la glucosa cumplimiento de las metas de tratamiento y control. El profesional de la salud responsable de estos grupos debe vigilar que sus actividades se desarrollen de conformidad con los lineamientos de la presente norma.

Estos grupos deben cumplir con los objetivos para los que fueron creados debiendo evaluar los indicadores de desempeño correspondiente. Se reúnen mensualmente para tener sesiones de diabetes coordinadas por los responsables de cada grupo. En ellas intercambian sus experiencias con la finalidad de facilitar cambios de conducta necesarios en la persona con diabetes.

Los temas primordiales de autocuidado en personas con diabetes son:

- Alimentación saludable
- Mantenerse activo
- Monitoreo de glucosa
- Toma de medicamentos
- Hipoglucemia hiperglucemia días de enfermedad
- Cuidados de los pies
- Aspecto emocional.

Alimentación saludable. Comer variedad de alimentos que incluya vegetales frutas cereales y proteína apegándose a horarios regulares manteniendo cantidades medidas. Comer bien significa disfrutar de una comida sabrosa y nutritiva. es importante que el paciente conozca que lo que come va a interferir en sus niveles de glucosa de la sangre, por lo que es necesario que aprenda a seleccionar sus alimentos para controlar mejor la diabetes.

Mantenerse activo. Darle a elegir al paciente la mejor manera de incorporar la actividad física a su vida diaria, resaltando los beneficios. Por ejemplo, en distancias cortas caminar en lugar de utilizar el automóvil, subir las escaleras y no usar el elevador. Antes de iniciar un programa de actividad física, el paciente debe ser valorado por un médico en busca de complicaciones diabéticas crónicas como cardiopatía, retinopatía, neuropatía, entre otras.

Monitoreo de la glucosa. La medición de la glucemia proporciona información del control de la diabetes, lo que es de gran utilidad para hacer ajustes en medicamentos, plan de alimentación, plan de actividad física y de los días de enfermedad. Al paciente se le explica el uso del equipo y material indispensable para el procedimiento de glucosa capilar: glucómetro, disparador de lancetas, lancetas, tiras reactivas, torundas alcoholadas, libreta de registro y contenedor de punzocortantes.

Procedimiento:

- Higiene de manos (solo agua y jabón)
- Preparar el material y equipo
- Puncionar en la región lateral del dedo seleccionado con la debida graduación del disparador de lancetas
- Acercar la gota de sangre en la tira reactiva
- Limpiar con la torunda alcoholada
- Anotar el resultado en la libreta de control
- Desechar la lanceta de manera segura.

Medicamentos. Son diferentes los medicamentos que la persona con diabetes debe tomar diariamente. El paciente y la familia o cuidador primario deben conocerlos para seguir correctamente las indicaciones médicas en cuanto a horarios, dosis, vías de administración, características y acción.

Cuando se trate de inyecciones de insulina, hay que explicarle al paciente:

- La preparación y desecho seguro de agujas y jeringas.
- El material necesario.
- Almacenamiento y características de insulina.
- Preparación, aplicación y sitios de inyección.

Hipoglucemia. Es cuando la glucosa en sangre se encuentra por debajo de 70 mg/dL.

Los signos y síntomas más frecuentes son: diaforesis, temblor, palpitaciones, hambre, parestesias peribucales, ansiedad y visión borrosa.

Que hacer: ingerir ½ vaso (120mL) de refresco no dietético o jugo, 3 cucharadas de azúcar disueltas en medio vaso de agua, miel, mermelada o 3 tabletas de glucosa.

Esperar 15 minutos y medir la glucosa capilar, si está por debajo de 100 mg/dL repetir lo anterior.

Investigar la causa.

Hiperglucemia. Es cuando la glucosa de ayuno está por arriba de 130 mg/dL.

Síntomas: poliuria, polidipsia, mas hambre de lo habitual, cansancio y visión borrosa.

Causas: no tomar el medicamento de la diabetes, no seguir el plan de alimentación, programa de ejercicio o por encontrarse en un día de enfermedad.

Las acciones que se recomiendan al paciente son: hidratarse con agua natural, no suspender los medicamentos ni la alimentación, medir la glucosa capilar cada 4 a 6 horas , no realizar ejercicio, comunicarse con su médico.

Cuidados de los pies. Enseñar al paciente: a revisar todos los días sus pies en busca de alguna de lesión, con ayuda de un espejo o un familiar.

Higiene con agua tibia y jabón neutro, secar en los espacios entre los dedos y aplicar una capa ligera de talco, lubricación con crema neutra en todo el pie excepto entre los dedos.

Corte de uña en forma recta limando las orillas con lima de cartón.

Calzado en forma cuadrada, material natural sin costuras en su interior, comprarlos por la tarde y deben tener 1-2 cm de espacio en la parte trasera del zapato. Uso de calcetines o calcetas de algodón sin costuras en el interior ni resortes que aprieten. Ante cualquier dato de alarma como ampollas, callos, cambios en la coloración, temperatura, dolor o heridas acudir al médico inmediatamente.

La diabetes es una enfermedad crónica que no se cura pero se controla.

La educación en diabetes es ayudar a las personas que viven con ella a seguir sus cuidados todos los días.

Las habilidades y conocimientos que los pacientes necesitan para su autocuidado deben adaptarse a sus necesidades. Por lo que es indispensable reforzar estas medidas a unidades de primer nivel para la adecuada implementación y capacitación así como la evaluación correspondiente de estos grupos preventivos, para lo cual se planteara este proyecto con el jefe de la jurisdicción sanitaria para su autorización.

Se realiza este estudio de investigación por que se cuenta con los medios y recursos del propio investigador, con el apoyo de las autoridades como son el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria el coordinador de enseñanza, el coordinador médico de la jurisdicción, así como la asesoría de catedráticos de la UNAM, y sobre todo con el deseo de poder ayudar a nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento y la capacidad de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas, Cárdenas, Tabasco.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento y la capacidad de autocuidado acuerdo a las características sociodemográficas de la población en estudio.

2. Determinar la Capacidad de Autocuidado de los pacientes, a través de sus respuestas en la Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado (Dra. E. C. Gallegos, modificada por Dr. M. Peñaloza) en los siguientes apartados:
 - Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente y saludable
 - Preservación de equilibrio entre actividad y reposo.
 - Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
 - Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
 - Promoción del funcionamiento y el desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.

3. HIPÓTESIS (no necesaria en estudios observacionales descriptivos)

4. METODOLOGÍA

- Tipo de estudio observacional descriptivo, prospectivo, transversal.
- Población, lugar y tiempo de estudio:

La población objeto de estudio serán 100 pacientes diabéticos, usuarios de UNEME´EC de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, que acuden a recibir atención médica a esta Institución durante el periodo comprendido de 01 de Junio al 30 de junio del 2015.



- Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Muestra no probabilística o por conveniencia, población no finita para tomar en cuenta a todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la clínica UNEME´EC en el periodo del 01 junio al 30 de junio del 2015.

- Criterios de inclusión

Se incluirán pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a UNEME´EC a recibir atención médica.

Que sepan leer y escribir.

Que acepten participar en el estudio y que proporcionaran su consentimiento informado.

- Criterios de exclusión

Se excluirán pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se encuentren hospitalizados,

Que no tengan Seguro Popular,

Que no pertenezcan al Municipio de Cárdenas, Tabasco.

- Criterios de eliminación

Pacientes que no acudan en el periodo a la realización del estudio.

Paciente con diabetes mellitus tipo I.

Pacientes con diabetes gestacional.

Cuestionarios incompletos o mal elaborados.

VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	NIVEL DE MEDICION
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO				
SEXO	INDEPENDIENTE	Características genotípicas del individuo relativo a su papel reproductivo	1.FEM 2.MASC	CUALITATIVA NOMINAL
EDAD	INDEPENDIENTE	Numero de años cumplidos al momento del estudio	ANOS POR CATEGORIAS 1. 21-32 2. 33-44 3. 45-56 4. 57-68 5. 69-80	CUANTITATIVA CONTINUA
OCUPACION	INDEPENDIENTE	Actividad remunerativa referido por el usuario	1.LABORES DEL HOGAR, 2.CAMPO 3.OBRERO 4.SIN EMPLEO	CUALITATIVA NOMINAL
ESTADO CIVIL	INDEPENDIENTE	Estado de asociación o unión civil	1.CASADO 2.SOLTERO 3.VIUDO 4.DIVORCIADO	CUALITATIVA NOMINAL
ESCOLARIDAD	INDEPENDIENTE	Máximo grado de estudios obtenidos	1.PRIMARIA 2.SECUNDARIA 3.BACHILLER 4.LICENCIATURA	CUALITATIVA ORDINAL
NIVEL DE CONOCIMIENTO	DEPENDIENTE	Conocimientos básicos sobre estilo de vida saludable para un mejor control de la diabetes y prevención de sus complicaciones	1.MUY BAJA 2.BAJA 3. BUENA 4. MUY BUENA	CUALITATIVA ORDINAL

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO				
Mantenimiento de un consumo de alimento Suficiente	INDEPENDIENTE	Que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable	1.MUY BAJA 2.BAJA 3. BUENA 4. MUY BUENA	CUALITATIVA ORDINAL
Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	INDEPENDIENTE	Actividades a realizar con la familia o amigos para actuar juntos	1.MUY BAJA 2.BAJA 3. BUENA 4. MUY BUENA	CUALITATIVA ORDINAL
Preservación de equilibrio entre actividad y reposo	INDEPENDIENTE	Hábitos que requiere prioridad a la energía, esfuerzo y concentración	1.MUY BAJA 2.BAJA 3. BUENA 4. MUY BUENA	CUALITATIVA ORDINAL
Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal	INDEPENDIENTE	Tiempo para su autocuidado su autoexploración y duda sobre su padecimiento	1.MUY BAJA 2.BAJA 3. BUENA 4. MUY BUENA	CUALITATIVA NOMINAL
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas	INDEPENDIENTE	Actividad corporal : realizar Quehacer doméstico, caminar, jugar activamente con los hijos, nietos, amigos, nadar andar en bicicleta, juegos de competencia.	1.MUY BAJA 2.BAJA 3. BUENA 4. MUY BUENA	CUALITATIVA NOMINAL

- Método o procedimiento para captar la información

Para poder realizar este estudio de investigación primero se identificó la problemática de falta de autocuidado en paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 a pesar de llevar años de evolución de la enfermedad, y se presenta al coordinador de medicina familiar el cual autoriza el estudio de protocolo de investigación.

Una vez aprobado el protocolo de estudio por las autoridades universitarias y de la secretaria de salud, se procederá solicitar la participación de los pacientes de la unidad médica en estudio.

Se les aplicó el cuestionario a los pacientes que desearon participar, previo consentimiento informado.

La información correspondiente a las variables: sexo, edad, ocupación, estado civil, y escolaridad; se obtuvieron mediante interrogatorio directo y se utilizaran como ficha de identificación.

Para determinar la capacidad de autocuidado se utilizó la **Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado** desarrollada por la **Dra. E. C. Gallegos** la cual consta de 11 preguntas que evalúan:

I.- Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente y saludable

II.- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social

III.- Preservación de equilibrio entre actividad y reposo

IV.- Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal

V.- Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas

Y con la autorización de la autora de la versión en español, la Universidad Nacional de Colombia realizó una modificación de la escala de medición del

instrumento a cuatro ítems y el Dr. M. Peñalosa García en su artículo presenta la información de los ítems en cinco grupos y los denomina afirmaciones, la agrupación de los requisitos universales de autocuidado.

La evaluación del nivel de capacidades de agencia de autocuidado se hizo sobre el puntaje posible obtenido. A estos valores se les realizó su equivalencia donde los valores más altos corresponden a mayor nivel de capacidades de agencia de autocuidado.

Interpretación de los resultados de la escala de valoración de las capacidades de agencia de auto cuidado.

Calificación	Valor	Capacidades
1	Nunca	Muy bajas
2	Casi nunca	Bajas
3	Casi siempre	Buenas
4	Siempre	Muy buenas

Fuente: modificación autorizada por la doctora Esther Gallegos (2004).

Prácticas de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Ítems	Actividades	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
I.- Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente				Conserva el peso	
II.- Mantenimiento del Equilibrio entre soledad E interacción social			Saca el tiempo para él		
III.- Preservación de equilibrio entre actividad y reposo			Ambiente limpio, mantenerse limpio	No hay fuerzas para el cuidado	Duerme suficiente

IV.- Prevención de riesgos para la vida Humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal

Saca el tiempo para el cuidado
Examina su cuerpo
Pide explicación sobre la salud

V.- Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas

Realiza ejercicios

Para el análisis estadístico, se capturó la información en el paquete Excel versión 2010, Windows 7, y el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 20. Las medidas estadísticas utilizadas para el análisis fueron, por conveniencia, únicamente frecuencias y porcentajes.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se apega a las siguientes consideraciones éticas:

- Artículo 17, Fracción I del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el presente estudio es catalogado como 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
- Por lo que en fundamento en el Artículo 23 del mismo reglamento, se solicitó consentimiento informado (anexo), de usuarios a la unidad médica, mismo que fue redactado en conformidad con los artículos 21 y 22 de este reglamento.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la:

18° Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la

29° Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35° Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41° Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48° Asamblea Médica Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52° Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

Que entre otros puntos se menciona:

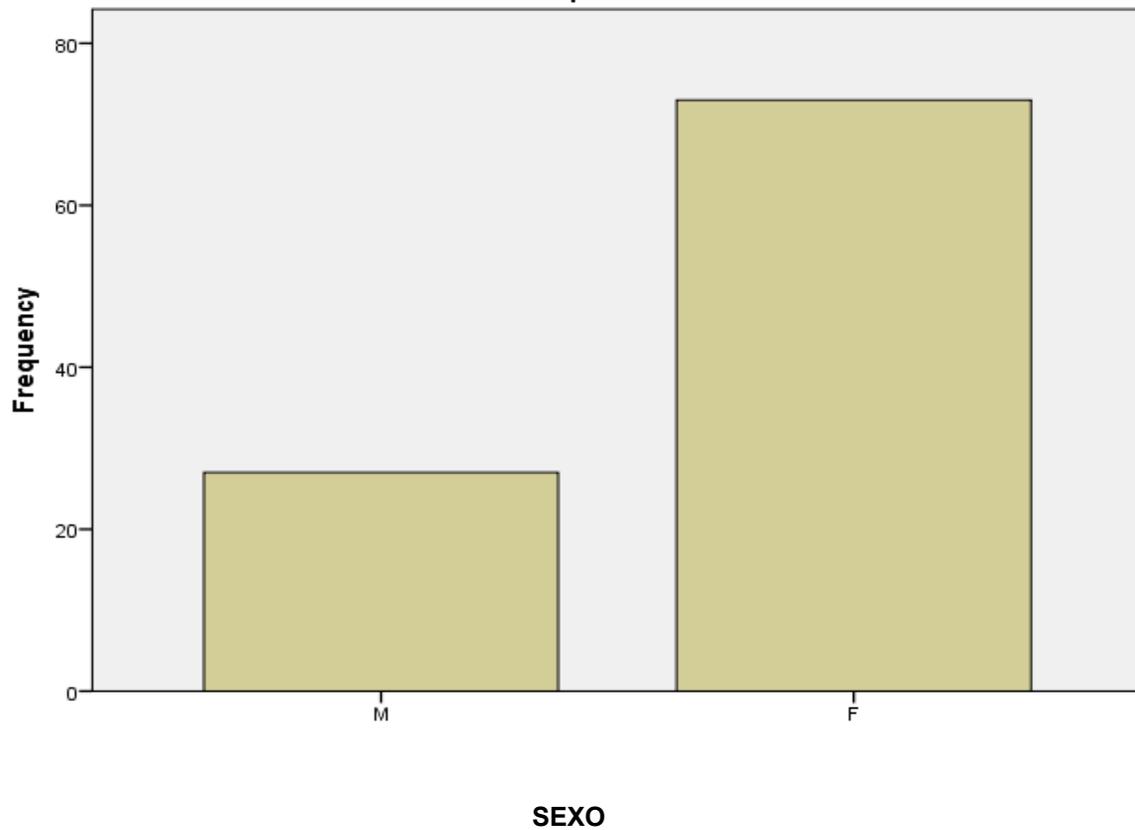
- El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sobre presentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
- En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la Investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

9. RESULTADOS

Sexo de paciente				
	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativo percentil
M	27	27.0	27.0	27.0
Valida F	73	73.0	73.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

EN LA GRAFICA 1, SE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO OBSERVANDOSE LA MAYORIA CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO.

GRAFICA 1.- DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

ESTADISTICOS

Edad de Paciente

N	Valida	100
	Messina	0
	Media	49.97
	Mediana	51.00
	Moda	51
	Rango	59
	Mínimo	21
	Máximo	80

ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS

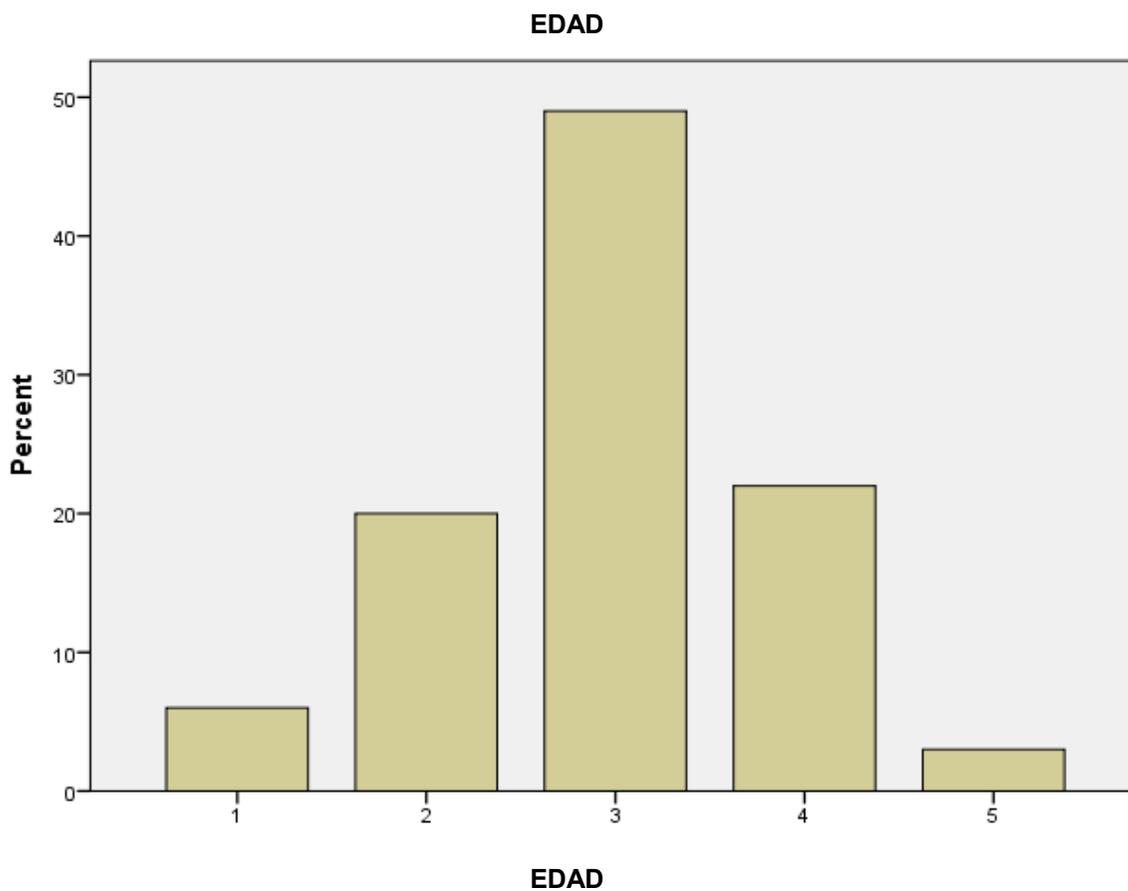
	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Desviación
Edad de paciente	100	21	80	49.97	10.856
Valida N (por lista)	100				

CATEGORIA	RANGO DE EDAD
1	21-32
2	33-44
3	45-56
4	57-68
5	69-80

Edad categoría				
	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
1	6	6.0	6.0	6.0
2	20	20.0	20.0	26.0
3	49	49.0	49.0	75.0
4	22	22.0	22.0	97.0
5	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

EN LA GRAFICA 2, SE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE LAS EDADES POR CATEGORIA OBSERVANDOSE LA MAYORIA SE ENCUENTRA EN LA CATEGORIA 3 QUE CORRESPONDE A 45 A 56 AÑOS DE EDAD.

GRAFICA 2.- DISTRIBUCION DE EDADES POR CATEGORIAS

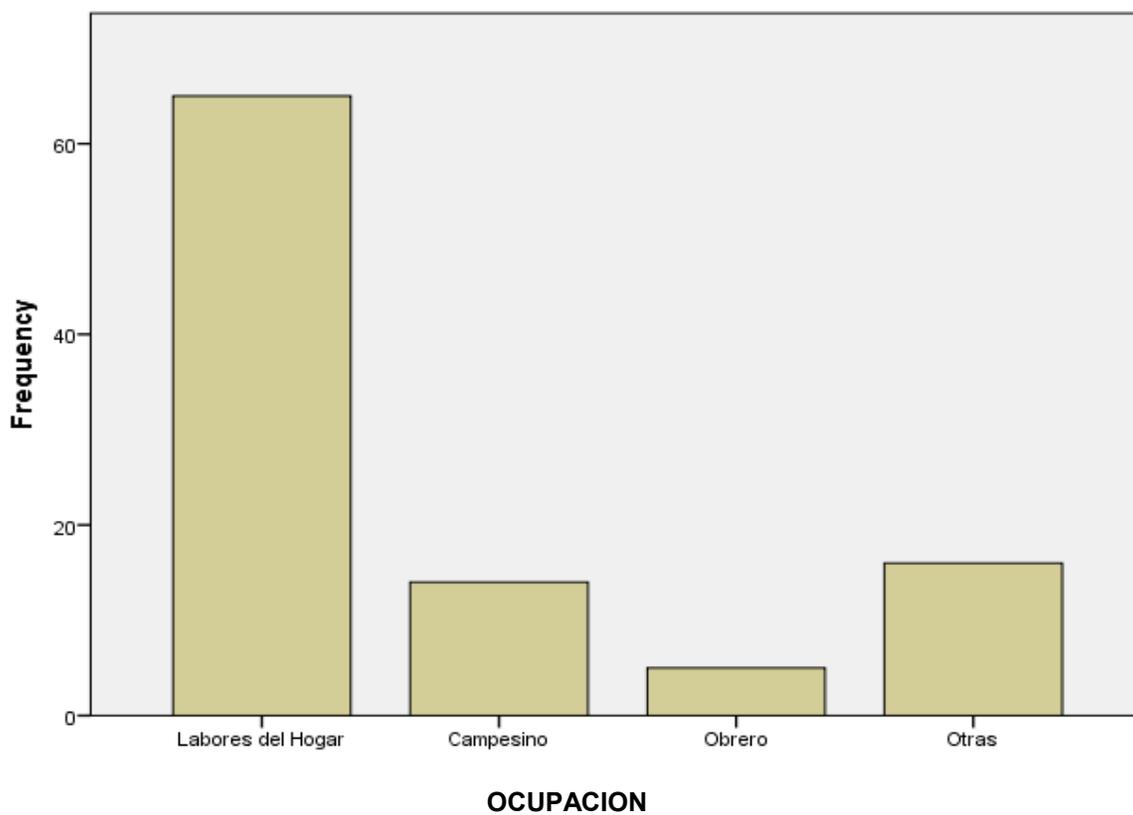


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Ocupación de paciente				
	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
Labores del Hogar	65	65.0	65.0	65.0
Campesino	14	14.0	14.0	79.0
Valida Obrero	5	5.0	5.0	84.0
Otras	16	16.0	16.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

EN LA GRAFICA 3, SE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA OCUPACION OBSERVANDOSE LA MAYORIA ES LABORES DEL HOGAR.

GRAFICA 3.- DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA OCUPACION

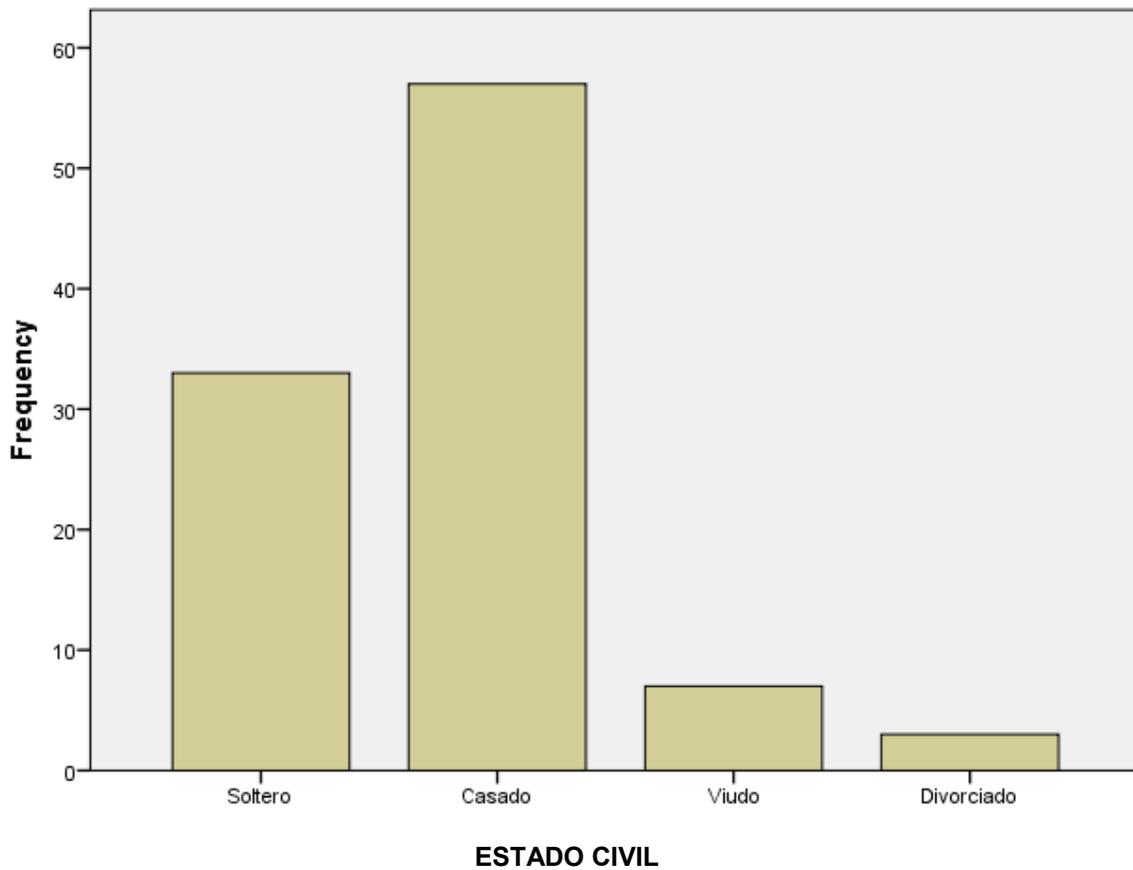


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Estado Civil				
	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
Soltero	33	33.0	33.0	33.0
Casado	57	57.0	57.0	90.0
Valida Viudo	7	7.0	7.0	97.0
Divorciado	3	3.0	3.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

EN LA GRAFICA 4, SE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL OBSERVANDOSE QUE LA MAYORIA SE ENCUENTRA CASADO.

GRAFICA 4.- DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



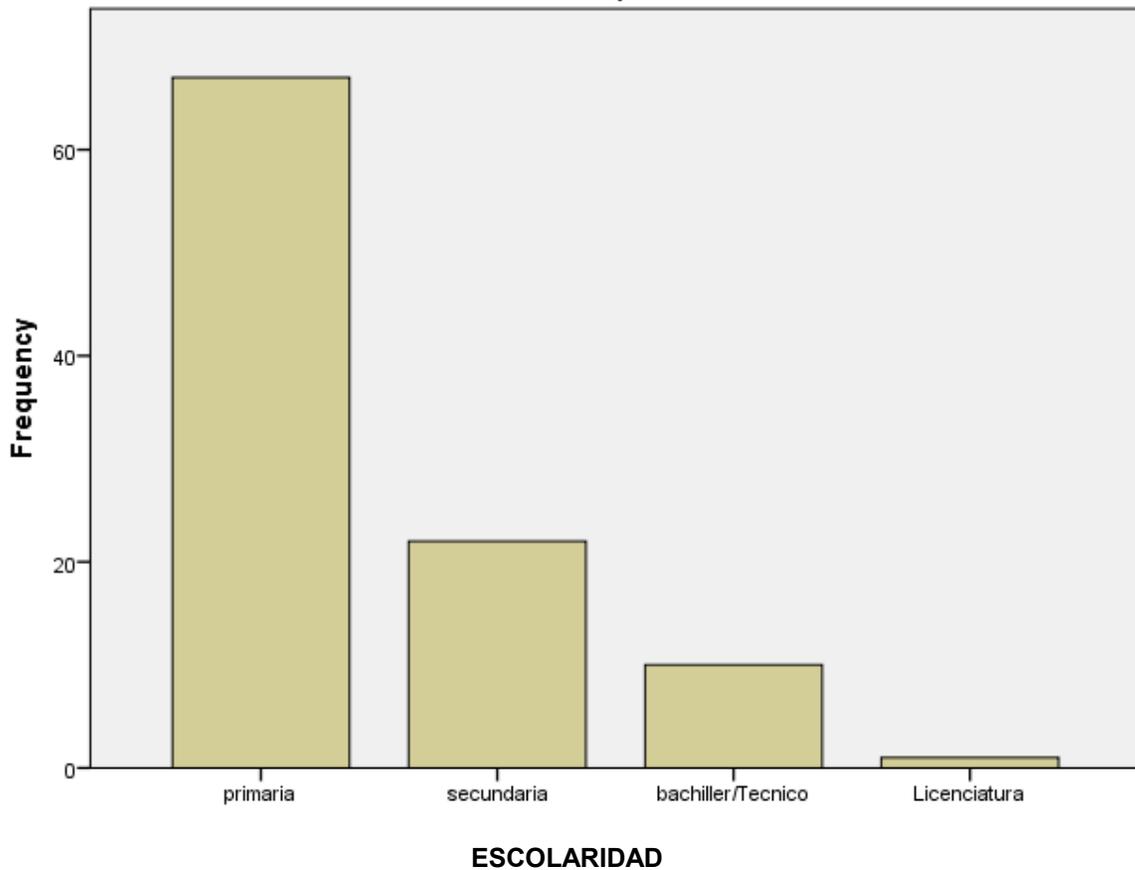
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Escolaridad de paciente

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
Primaria	67	67.0	67.0	67.0
secundaria	22	22.0	22.0	89.0
Valida bachiller/Técnico	10	10.0	10.0	99.0
Licenciatura	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

EN LA GRAFICA 5, SE MUESTRA LA DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD OBSERVANDOSE LA MAYORIA SE ENCUENTRA EN EDUCACION PRIMARIA.

GRAFICA 5.- DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD



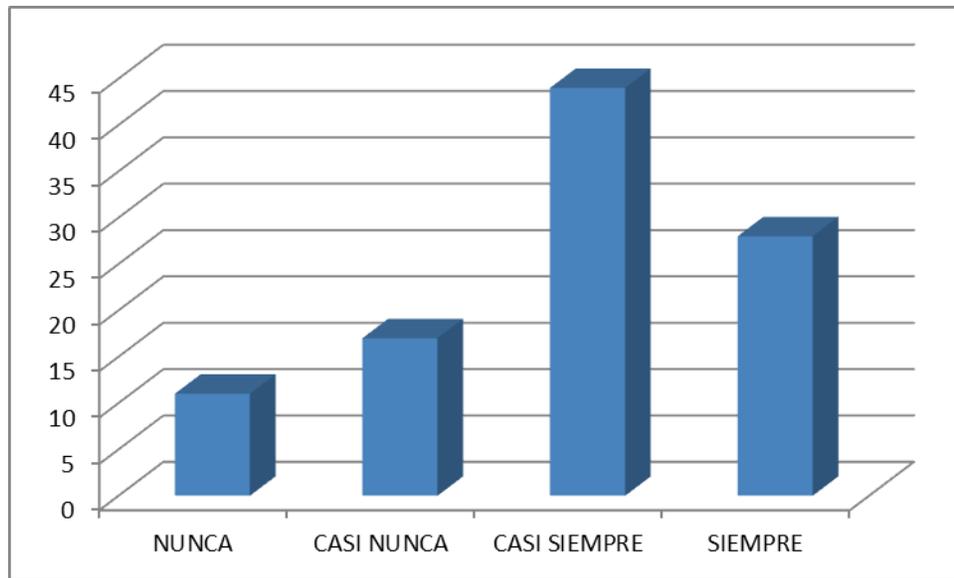
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

RESULTADOS DE PREGUNTAS SOBRE AUTOCUIDADO

GRAFICA 1, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 1

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
Nunca	11	11.0	11.0	11.0
casi nunca	17	17.0	17.0	28.0
Valida casi siempre	44	44.0	44.0	72.0
siempre	28	28.0	28.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 1:

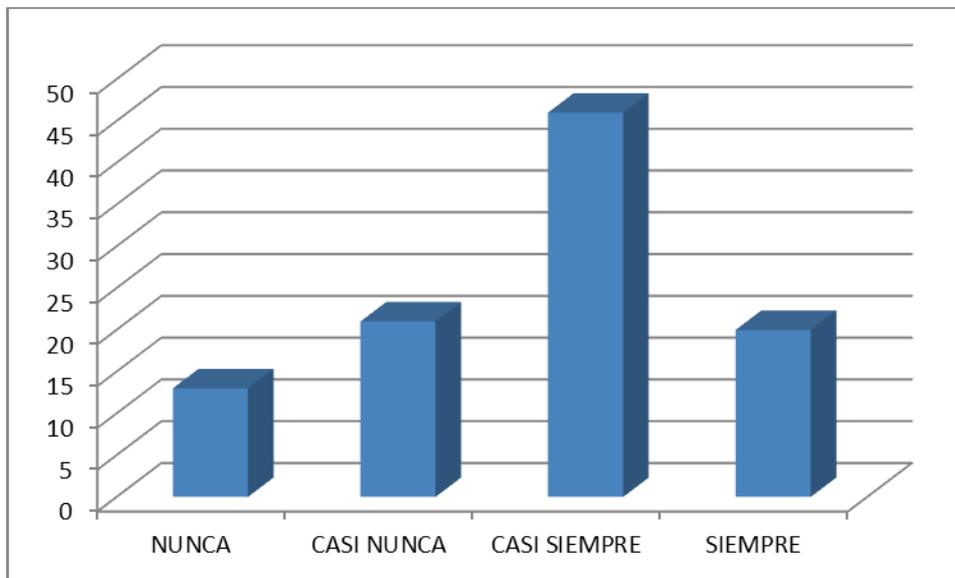
¿Me alimento como lo indica plato del Bien Comer para conservar un peso saludable?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 2, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 2

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
Nunca	13	13.0	13.0	13.0
casi nunca	21	21.0	21.0	34.0
Valida casi siempre	46	46.0	46.0	80.0
siempre	20	20.0	20.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 2:

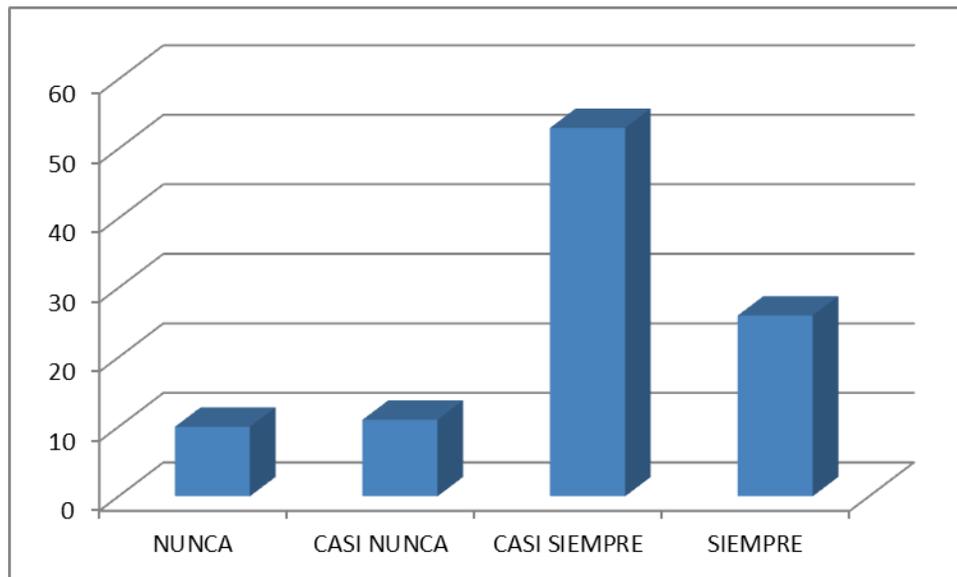
¿Tengo tiempo para realizar mis ocupaciones diarias así como para tomar mis medicamentos?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 3, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 3

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
Nunca	10	10.0	10.0	10.0
casi nunca	11	11.0	11.0	21.0
Valida casi siempre	53	53.0	53.0	74.0
siempre	26	26.0	26.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 3:

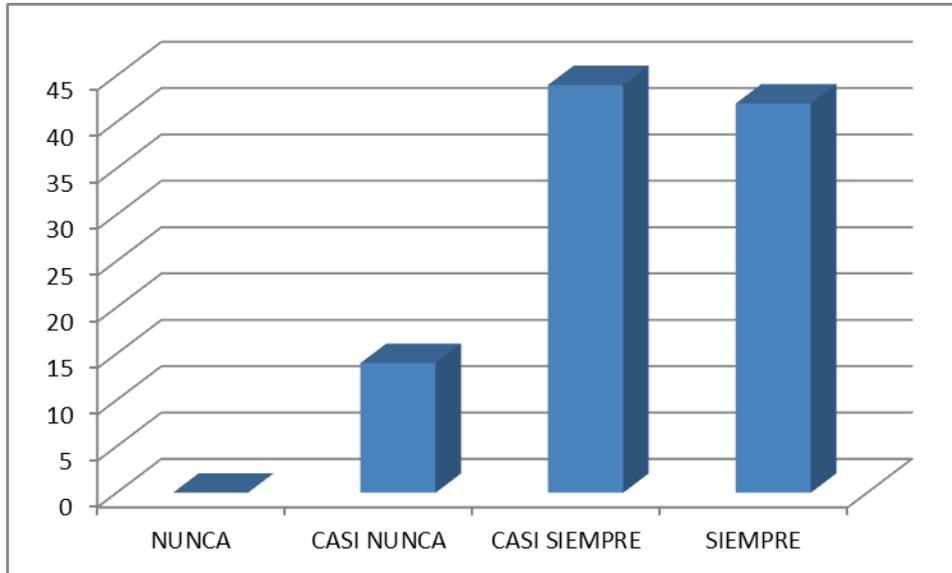
¿Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 4, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 4

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
casi nunca	14	14.0	14.0	14.0
casi siempre	44	44.0	44.0	58.0
siempre	42	42.0	42.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 4:

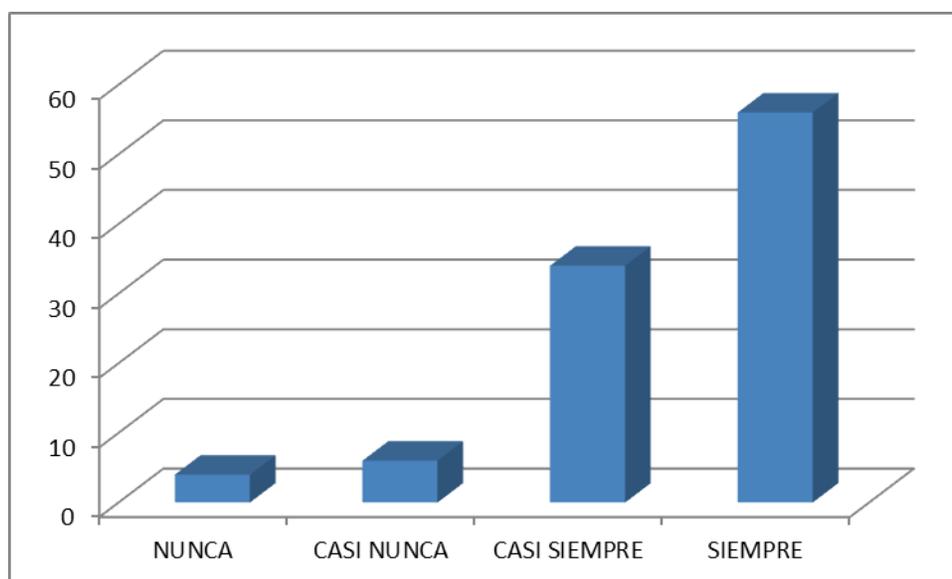
¿Tengo las fuerzas necesarias para cuidarme cómo debo?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 5, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 5

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	4	4.0	4.0	4.0
casi nunca	6	6.0	6.0	10.0
Valida casi siempre	34	34.0	34.0	44.0
siempre	56	56.0	56.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 5:

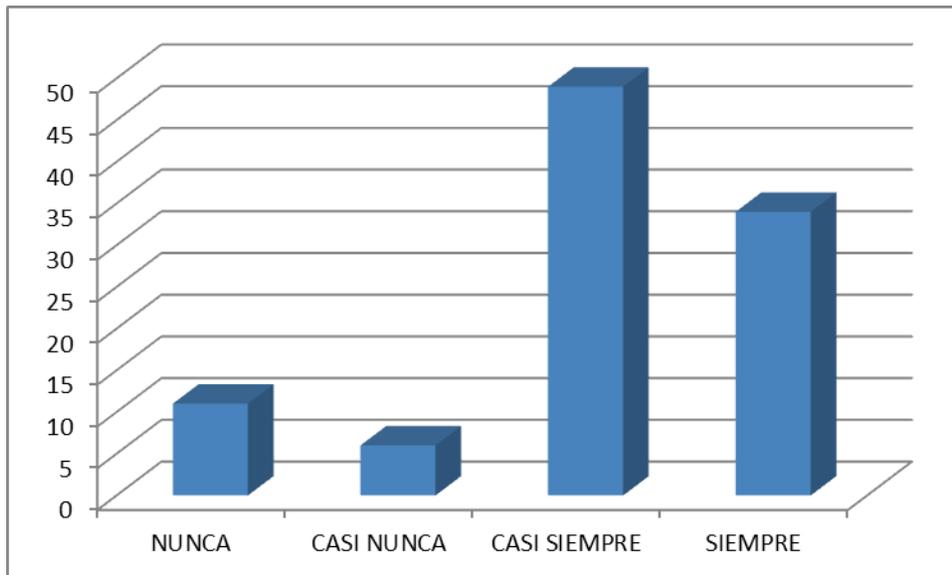
¿Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 6, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 6

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	11	11.0	11.0	11.0
casi nunca	6	6.0	6.0	17.0
Valida casi siempre	49	49.0	49.0	66.0
siempre	34	34.0	34.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



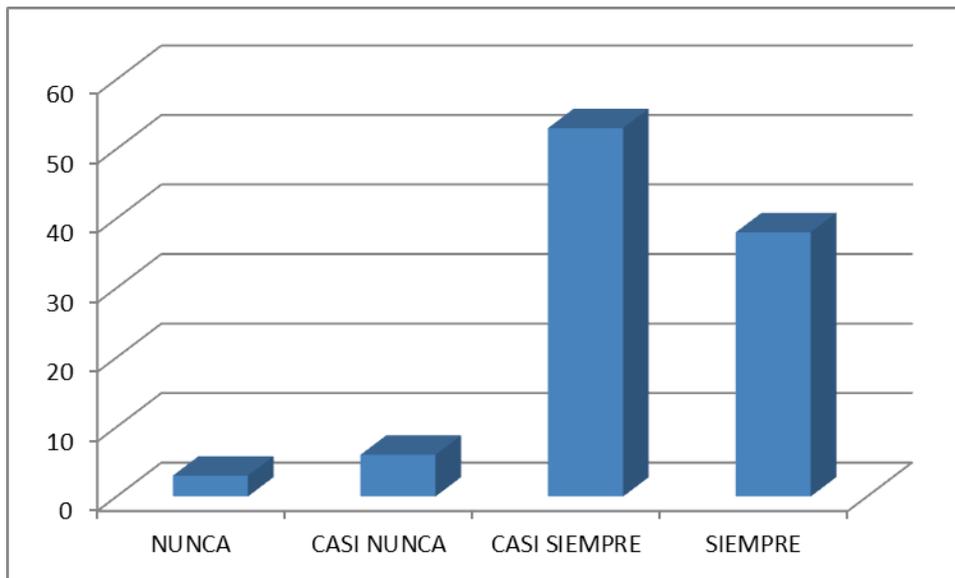
PREGUNTA NO. 6:
¿Si yo no puedo cuidarme puedo buscar Ayuda?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 7, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO.7

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	3	3.0	3.0	3.0
casi nunca	6	6.0	6.0	9.0
Valida casi siempre	53	53.0	53.0	62.0
siempre	38	38.0	38.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



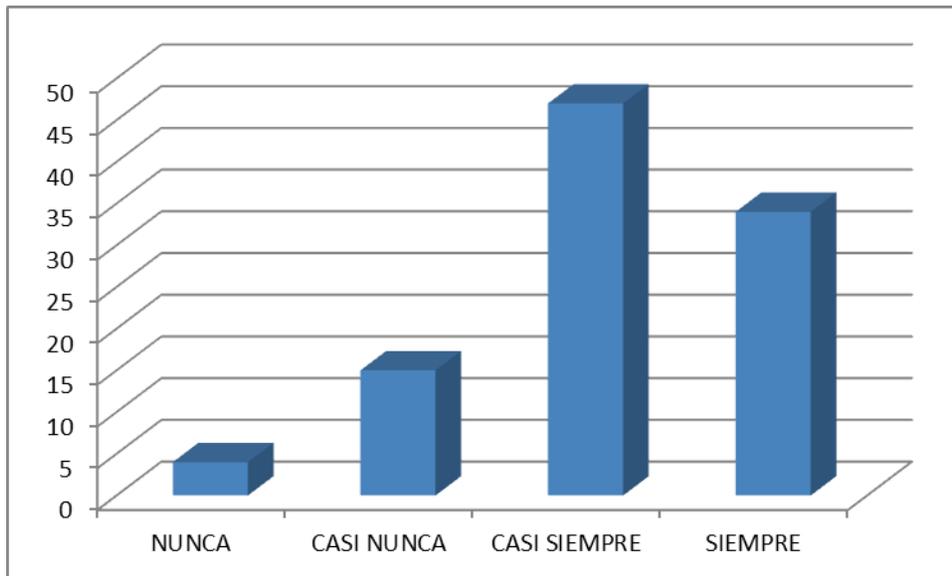
PREGUNTA NO. 7:
¿Tengo tiempo para mi cuidado personal?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 8, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 8

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	4	4.0	4.0	4.0
casi nunca	15	15.0	15.0	19.0
Valida casi siempre	47	47.0	47.0	66.0
siempre	34	34.0	34.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 8:

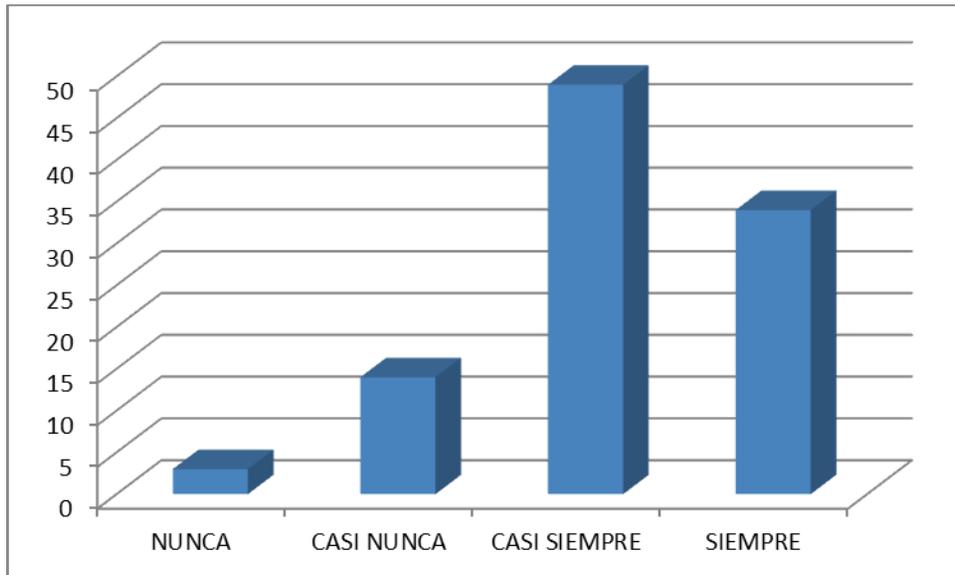
¿He cambiado a hábitos más saludables?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 9, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 9

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	3	3.0	3.0	3.0
casi nunca	14	14.0	14.0	17.0
Valida casi siempre	49	49.0	49.0	66.0
siempre	34	34.0	34.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 9:

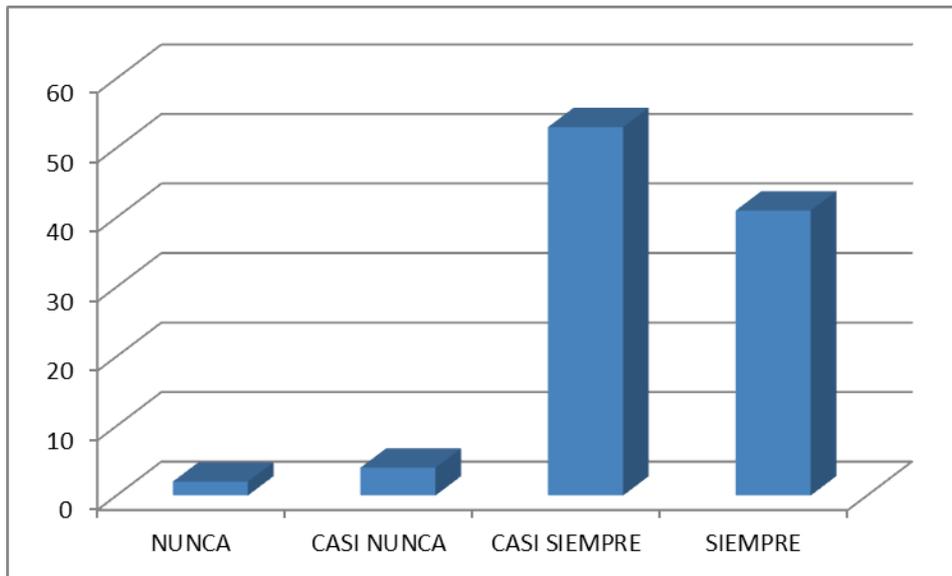
¿Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio, sobre todo mis pies?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 10, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 10

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	2	2.0	2.0	2.0
casi nunca	4	4.0	4.0	6.0
Valida casi siempre	53	53.0	53.0	59.0
siempre	41	41.0	41.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



PREGUNTA NO. 10:

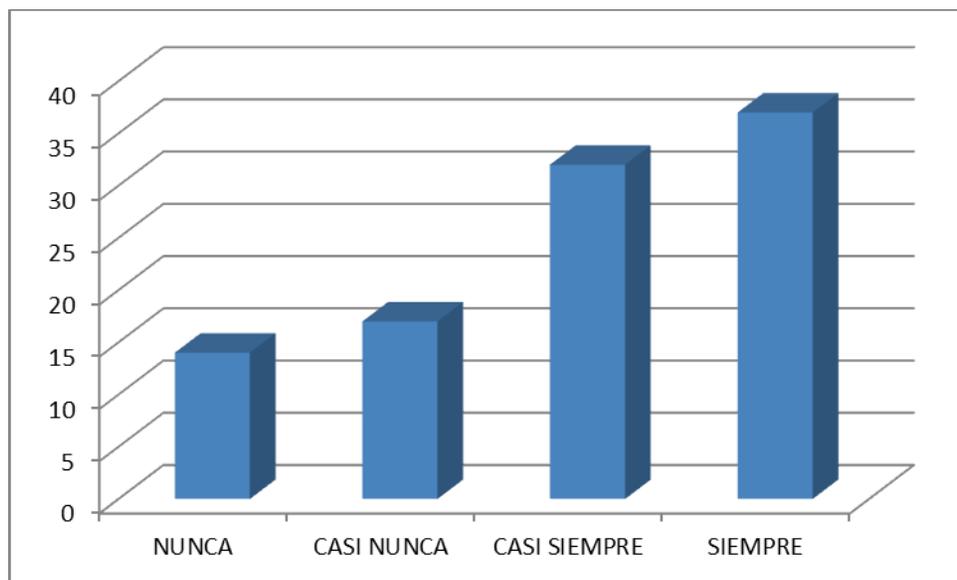
¿Cuándo obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 11, DISTRIBUCION DE PACIENTES ENCUESTADOS CON NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO.

PREGUNTA NO. 11

	Frecuencia	Percentil	Valida Percentil	Cumulativa Percentil
nunca	14	14.0	14.0	14.0
casi nunca	17	17.0	17.0	31.0
Valida casi siempre	32	32.0	32.0	63.0
siempre	37	37.0	37.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



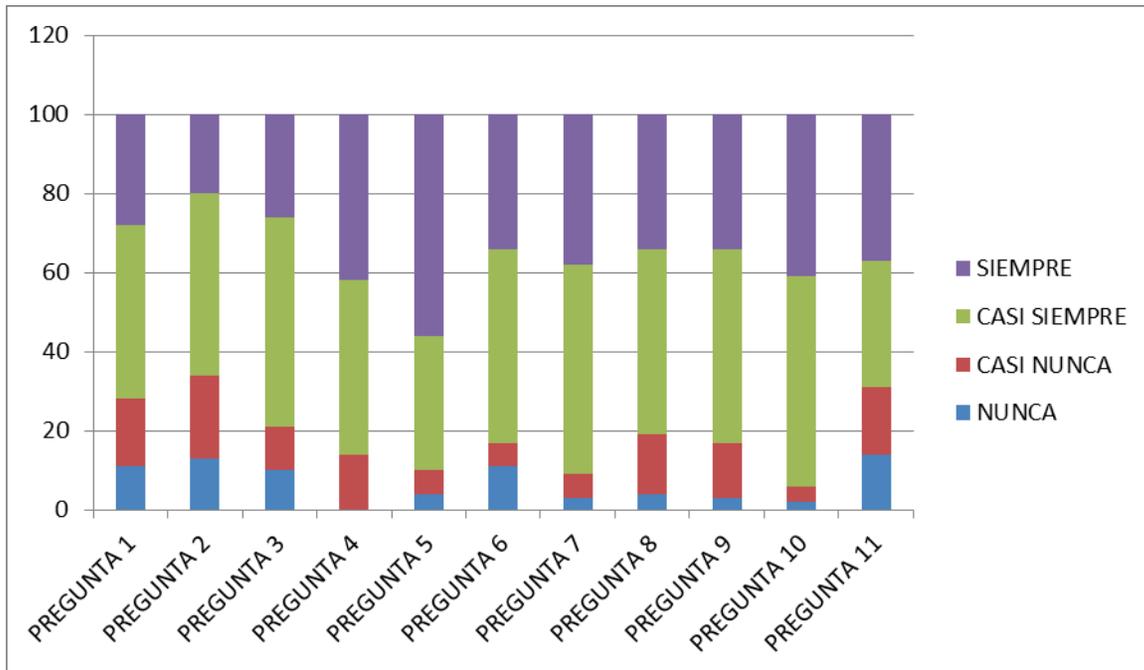
PREGUNTA NO. 11:

¿Realizo alguna rutina de ejercicio como caminata, bicicleta, baile, natación, etc.?

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

GRAFICA 12, NIVEL DE CONOCIMIENTO EN AUTOCUIDADO DE PACIENTES ENCUESTADOS.

SE OBSERVA UN PORCENTAJE DE 45.8 % EN PROMEDIO SOBRE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO EQUIVALENTE A BUENO Y MUY BUENO.



CALIFICACION

- NUNCA**= MUY BAJO
- CASI NUNCA**= BAJO
- CASI SIEMPRE**= BUENO
- SIEMPRE**= MUY BUENO

10. DISCUSIÓN

Es necesario aclarar que el título de este trabajo inicialmente se refiere a evaluar **EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**; sin embargo al ir desarrollándolo, se modificó y se realizó hacia la medición de **LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**, es decir, al buscar el instrumento para la evaluación se tuvo la facilidad de trabajar un instrumento que evalúa el autocuidado del paciente previa capacitación sobre el conocimiento de la enfermedad.

Respecto a los resultados obtenidos al aplicar **el Instrumento sobre valoración de las capacidades de agencia de autocuidado**, en un estudio publicado en Revista de la UNAM¹⁴, la edad y el sexo que predomina es el femenino con un 77% obteniéndose el mismo resultado en este estudio; el 55% de los encuestados se encuentra entre los 51 y 55 años de edad y predomina la población casada con un 80%; el 57% de los pacientes se dedica al hogar. Con relación a la escolaridad el 83% cuenta con algún estudio de nivel básico.

Con relación al nivel de autocuidado de las personas con DM2 en un estudio realizado en Cartagena¹⁰ se encontró que del total de la población un porcentaje del 76% con una muy buena capacidad de agencia de autocuidado; en otro estudio realizado en Sincelejo Colombia⁴, los resultados globales muestran un alto porcentaje con regular capacidad de autocuidado con un 88.89%, con resultados similares en este trabajo en donde se encontró que el rango va de **bueno y muy bueno**.

En este mismo estudio de acuerdo a resultados de la capacidad de autocuidado de la población estudiada oscila entre **bueno y muy bueno con un 67 y 33%** respectivamente.

Por otro lado en estudio realizado en la Universidad de Querétaro¹⁶, el estado civil predominante fue el 42%, así como la ocupación de un 61% de los paciente son amas de casa, donde predomina la escolaridad primaria en un 62%.

En este trabajo, **el conocimiento necesario sobre su enfermedad** es importante para mantenerse más saludable lo cual se confirma en este estudio en el cual han cambiado a hábitos más saludables el **47.6%**.

En el ítem que evalúa alimentarse adecuadamente el 46.2 % de los pacientes encuestados expresó que casi siempre realiza estas prácticas, lo cual indica que la mayoría de las personas tiene buena capacidad de autocuidado.

En cuanto a las prácticas de autocuidado, la gran mayoría consideraron que siempre podían hacer lo necesario con respecto a examinar su cuerpo en busca de alteraciones o cambios el cual el 51.6 % lo realiza.

De acuerdo al ítem “preservación de equilibrio entre actividad y reposo” se observó que gran parte de los pacientes tuvieron buena capacidad de autocuidado con un 47.6%.

Respecto al resultado global sobre el conocimiento de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2 el resultado arrojado fue que el 54% presenta conocimiento regular.

Por lo que concluyo que en lo que respecta a variables sociodemográficas en los estudios realizados y comparados con el presente estudios se encuentran resultados similares. De igual forma en lo que compete al nivel de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encuentran en un rango de bueno y muy bueno.

11. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos y en respuesta a los objetivos, general y específicos planteados, **sobre autocuidado** se llegó a las siguientes conclusiones:

- La capacidad de autocuidado que predominó fue en personas del sexo femenino en edad de 45 a 56 años, ocupación labores del hogar, estado civil con predominio casado, y escolaridad con nivel primaria.
- La capacidad de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 fue de **bueno y muy bueno**.

En virtud de lo anterior, es necesario continuar aplicando estrategias relacionadas con el auto cuidado en el paciente diabético previo conocimiento sobre la enfermedad, ya que el autocuidado en personas diabéticas es de vital importancia para su tratamiento, manejo y control, así como el disminuir e incluso prevenir sus posibles complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Por esta razón es importante retomar la educación sobre el autocuidado a través de los grupos de ayuda mutua.

Dar una mayor y variada educación sobre el autocuidado e involucrar a la personas con diabetes, al cuidador o familiar así como dar la capacitación oportuna y actualizada en enfermedades crónicas al equipo de salud del primer nivel de atención.

Reintegrar a los grupos de ayuda mutua también conocidos como clubes de pacientes los cuales se forman en las unidades de salud de primer nivel de atención y realizar supervisión médica y apoyo de los servicios de salud incluyendo programa de capacitación en autocuidado en forma trimestral.

En la UNEME'EC se fomenta la creación de grupos de apoyo y ayuda mutua así

como en los centros de trabajo, escuelas y otras organizaciones de la sociedad civil. Y una de sus funciones es la de capacitar al personal de primer nivel para su correcta implementación de estos grupos y redes de apoyo.

Para lo cual es necesario organizar y realizar cronogramas de capacitación para llevar la información a los profesionales responsables de estos grupos de las unidades de primer nivel de atención.

Hacer énfasis en temas primordiales como son:

- Alimentación saludable
- Mantenerse activo
- Monitoreo de glucosa
- toma de medicamentos
- Hipoglucemia hiperglucemia días de enfermedad
- Cuidados de los pies
- Aspecto emocional.

No obstante además de lo anterior, es tarea del médico familiar adscrito a esta unidad médica, brindar la orientación y consejería adecuada a los pacientes e invitar a integrarse a grupos de ayuda mutua y así tratar de incidir sobre el autocuidado como mejor estrategia de control y prevención de complicaciones, en busca de un mejor manejo integral al paciente diabético.

Limitaciones del estudio: en este estudio **se evaluó solo la percepción de autocuidado** a un grupo de pacientes que acuden a control y que se encuentran integrados a grupos de autoayuda (GAM), pero **no se evaluó el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad** y que quedaría como propuesta para un siguiente trabajo de investigación.

De igual manera no se evalúa en este estudio los parámetros clínicos (metas de control como Hemoglobina Glucosilada, Índice de masa corporal, etc.) lo cual nos habría sido de gran utilidad para relacionarlos con el nivel de conocimiento en estos pacientes.

Por esta razón es necesario desarrollar otros estudios que contemplen otras variables que evalúen no solo la percepción de autocuidado, sino también el nivel de conocimiento y se puedan efectuar futuras comparaciones que puedan darnos más amplios y mejores resultados.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez H. C., Meneses G. F., Lara E.A., Ortiz S.G., Fernández G.BE. Programa de acción específico 2007-2012 diabetes mellitus. D.R. Sector Salud. 2008 (citado 08 Mar 2015); 2008 (1); 11. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task...
2. Fernández V.A., Abdala C.TA., Álvarez S.EP., Tenorio F. GL., López V.E. Estrategias de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2012 (citado 20 Mar 2015); 17(2): 95; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.00?id=47323278006>.
3. Baquedano I.R., Santos M.A., Martins T.A, Zanetti M.L. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de Urgencias en México. Revista Latinoamericana Enfermagem Self-Care of. 2010 (citado 10 marzo 2015); 18(6): 2; Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo>
4. Contreras O.A., Contreras M.A., Hernández B.C., Castro M. MA. Navarro P.LL. Capacidades de Autocuidado en pacientes diabéticos atendidos en consulta externa. Sincelejo, Colombia. Fundación Universitaria del Área Andina. 201 (citado 02 Abr 2015); 40-45: 2; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?scrip=sc/arttett&pid=50124-81462013000100005>.
5. Figueroa S.ME., Cruz T. JE., Ortiz A. AR., Lagunes E. AL., Jiménez L.J. Estilo de vida y control metabólico en diabetes del programa diabetIMSS. Gaceta Médica de México. 2014 (citado 02 Abr 2015); 2014(150-29-34): 2; disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM_150_2014_1_029_034.pdf.

6. Guanguata L., Nolan T., Beagley J., Linnenkamp U., Jacqmain O. Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes. Federación Internacional de diabetes. 2013 (20 May 2015); 6: 11, 13, 14,15; disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/SP_GE_Atlas_Full.pdf.
7. Viniegra V.L., Las enfermedades crónicas y la educación. La Diabetes Mellitus como paradigma. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006 (citado 30 Abr 2015); 44(1): 48, 50,58; disponible en: [http://file:///C:/User/ Leonardo,viniegra@imss.gob.mx](http://file:///C:/User/Leonardo,viniegra@imss.gob.mx)
8. Hernández T.A. Los Programas Educativos para diabéticos también son útiles en zonas rurales. Claves de diabetología suplemento de Salud científica. 2010 (citado 08 May 2015); 6(2): 2, 3 ; disponible en: http://www.siicsalud.com/pdf/claves_diabetologia62.pdf
9. Builes B.CA., Román G.A., Montoya T.C., Lamas O.Y., Galeano O.M. Autoconocimiento, monitorización y complicaciones de la diabetes en la jornada no más ciegos por diabetes en Antioquia, 2005. Revista Latreia.2007 (citado 28 May 2015); 20(1): 44. Disponible en: <http://www.aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreial/artiele/view/438013895>
10. Herrera L.A., Andrade H. YR., Hernández S.O., Manrique M-LP., Farías C.KE, Machado R.M. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Online Versión ISSN 0121-4500. 2012 (citado 25 May 2015); 30(2): 41, 42, 43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=50121-45002012000200004&scrip=sci_abstract
11. López P.A., Bautista V. RC., Rosales V.OF., Galicia H.L., Rivera YE.JS. Control Clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e

hipertensión. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007 (citado 25 May 2015); 45(1): 29-36; disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pelfs/imss/im-2007/im071e-pdf>

12. SS, SEDENA, SM, SCT, IMSS, PEMEX, UNAM, F UNAM. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial Segunda Sección. 2010 (citado 22 May 2015); 2-; disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco-juridico/normas/nom_14.pdf

13. Pablo G.J., Rivera D.J., Shamah L.T., Oropeza A.C., Hernández A.M. Tabasco, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. D.R. Instituto nacional de Salud Pública. 2012 (citado 25 May 5015); 1: 46, 59, 60,61. Disponible en: <http://www.ensanut.insp.mx/informes/Tabasco-Otc.pdf>

14. Naxpanco P.I., González V. MS., Crespo K.S., Zaragoza F. Salud-competencia familiar en el autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo2. Revista Universitaria ENEO-UNAM. 2007; Vol. 4 No. 3; (citado 03 Jul 2015); 28-30; Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rev/article/downloads/30284/28131>

15. Cadena L.CA., Flores G.Y. Capacidades de Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Posgrado Universidad Veracruzana IMSS delegación regional, Córdoba Veracruz. 2010; (citado 04 Jul 2015); 38-44; disponible en:

http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS_Tina.pdf.

16. Amores H.V. Conocimiento de Autocuidado en pacientes diabéticos Tipo 2. Tesis para maestría en enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería; 2013; (citado 05 Jul 2015); 42-54; disponible en:
<http://www.rl.vaq.mex/bitstram/123456789/603/1/RIO00089.pdf>.

13.ANEXOS:

ANEXO 1

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

FECHA _____

FOLIO _____

UNEME´EC

NIVEL DE ESCOLARIDAD QUE TIENE

- 1) PRIMARIA
- 2) SECUNDARIA
- 3) BACHILLER/CARRERA TECNICA
- 4) LICENCIATURA

OCUPACION

- 1) LABORES DEL HOGAR
- 2) CAMPESINO
- 3) OBRERO
- 4) OTRAS

ESTADO CIVIL

- 1) SOLTERO
- 2) CASADO
- 3) VIUDO
- 4) DIVORCIADO

ANEXO 2

CUESTIONARIO: Valoración de las capacidades de autocuidado. Con la validez y confiabilidad de la versión en español por la Dra. E.C. Gallegos, modificada por el Dr. M. Peñalosa García de la Universidad Nacional de Colombia, Año 2004 y adaptado por la Autora de este trabajo.

INSTRUCTIVO

Este cuestionario es para conocer el autocuidado que realizan las personas con diabetes mellitus tipo 2, le agradeceremos que lea con cuidado las siguientes preguntas y conteste lo que considere realiza usted de autocuidado, elija una sola opción marcando con una **X** en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

LE SUPPLICAMOS RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.

SEXO: 1 FEMENINO 2 MASCULINO

EDAD _____

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
I. 1.- ¿Me alimento como lo indica plato del Bien comer para conservar un peso saludable?				
II. 2. ¿Tengo tiempo para realizar mis ocupaciones diarias así como tomar mis medicamentos?				
III. 3.- ¿Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda? 4.- ¿Tengo las fuerzas necesarias para cuidarme cómo debo?				

5.- ¿Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado?				
6.- ¿Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda?				
IV.- 7.- ¿Tengo tiempo para mi cuidado personal?				
8.- ¿He cambiado a hábitos más saludables?				
9.- ¿Examino mi cuerpo para ver si hay algún Cambio, sobre todo mis pies?				
10.- ¿ Cuándo obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo ?				
V.- 11.- ¿ Realizo alguna rutina de ejercicios como: Caminata, bicicleta, baile, natación, etc.?				

GRACIAS.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cárdenas, tabasco a 01 de junio del 2015.

Por medio de la presente manifiesto que acepto ser "Participante" en el trabajo de investigación " **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS EN ENFERMEDADES CRONICAS, CARDENAS, TABASCO**". Llevado a cabo por la Dra. Mirna Torres Hernández, en lo sucesivo el "investigador Responsable".

Hago constar que el "Investigador Responsable" ha hecho de mi conocimiento que el objetivo general de este estudio es:

- Identificar el nivel de conocimiento tienen sobre el autocuidado los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a UNEME'EC.

Reitero que acepto participar en el trabajo de investigación referido, en calidad de "Participante" y declaro que de forma previa a mi autorización de participación en el mismo, el "Investigador Responsable", ha hecho de mi conocimiento hasta lograr mi absoluta comprensión lo siguiente:

- Mi participación consiste en responder un cuestionario.
- No recibiré compensaciones ni retribuciones al participar en esta investigación.
- El riesgo al que me enfrento al participar en esta investigación es la divulgación accidental de información sensible sobre mis datos personales.
- La información que proporcione será manejada confidencialmente.
- Se me ha dado la seguridad de que responderá a cualquier duda que me surja en torno al tema y a mi participación en la investigación.
- Entiendo que en mi calidad de "Participante", conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, aun cuando he autorizado por escrito mi participación en el mismo, sin que ello afecte la atención que recibo en UNEME'EC.
- Este proyecto de investigación tiene aprobación del comité de Ética de Investigación en humanos.

El "Investigador Responsable" Mirna Torres Hernández con numero de celular 937 105 6813 y correo electrónico mito_hd@hotmail.com firma este Consentimiento Informado, aceptando que no hay dolo ni mala fe, en el Municipio de Cárdenas, Tabasco.

ATENTAMENTE

DRA. MIRNA TORRES HERNANDEZ

NOMBRE DEL PACIENTE

TESTIGO

TESTIGO