



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

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”

**INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

BOANERGES BARRIENTOS LÓPEZ.
Médico Residente de Medicina Familiar.

DIRECTOR DE TESIS:

CARLOS NOÉ PINO HERNÁNDEZ
Médico Familiar, Adscrito a la Consulta Externa de Medicina Familiar. Profesor Titular del
Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Unidad de Medicina Familiar No 9. “San Pedro de los Pinos” IMSS.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

CIUDAD DE MÉXICO. OCTUBRE 2023.



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 "SAN PEDRO DE LOS PINOS"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9**

DRA. PAEZ DE LA CRUZ ALMA DELIA
DIRECTORA DE LA UMF N° 9 "SAN PEDRO DE LOS PINOS"

DR. GARCÍA CABAZOS SERGIO LUIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UMF N° 9 "SAN PEDRO DE LOS PINOS"

DRA. SÁNCHEZ ALMAZAN PATRICIA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF N° 9 "SAN PEDRO DE LOS PINOS"

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9**

DR. CARLOS NOÉ PINO HERNÁNDEZ

MÉDICO FAMILIAR. ADSCRITO A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.
UMF N° 9 "SAN PEDRO DE LOS PINOS". IMSS
DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS

**“INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BOANERGES BARRIENTOS LÓPEZ.
RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3609**.
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COFEPRIS **13 CI 09 014 189**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061**

FECHA **Martes, 26 de septiembre de 2023**

Médico (a) CARLOS NOE PINO HERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 9** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2023-3609-021

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Maestro (a) arturo hernandez paniagua
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES E INVESTIGADORES RESPONSABLES

PRESENTA

BOANERGES BARRIENTOS LÓPEZ.

Residente de Medicina Familiar de tercer año. Matrícula: 97379485.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 9. "San Pedro de los Pinos"

Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Teléfono: 5543158094 Fax: sin fax

e-mail: docboabarrientos@gmail.com

DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS

CARLOS NOÉ PINO HERNÁNDEZ.

Médico Familiar. Adscrito a la Consulta Externa de Medicina Familiar Matricula: 99356604.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 9. "San Pedro de los Pinos"

Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Teléfono: 5532213918 Fax: sin fax

e-mail: carlos.pino.hernandez@gmail.com

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA.

A la Universidad Nacional Autónoma De México.

A la Facultad De Medicina.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al personal de la Unidad De Medicina Familiar N°9. "San Pedro De Los Pinos" especialmente a los médicos(a)s especialistas Sergio Luis Cabazos García, Patricia Sánchez Almazán y Carlos Noé Pino Hernández por las facilidades otorgadas para la realización del presente trabajo.

A mis maestros. A mi familia, en especial a mi madre y abuela por su apoyo incondicional.

ÍNDICE	pág.
Abreviaturas	1
Resumen	2
Introducción	4
Marco teórico	5
Justificación	19
Planteamiento del problema	20
Pregunta de investigación	21
Objetivos	22
Hipótesis	23
Materiales y métodos	24
Aspectos éticos	34
Recursos humanos y materiales	39
Resultados	40
Discusión	45
Conclusiones	48
Conflicto de interés	49
Cronograma de actividades	50
Bibliografía	51
Anexos	54
Consentimiento informado	55
Hoja de recolección de datos	57

ABREVIATURAS.

ADA – Asociación Americana de Diabetes.

AFC - Análisis Factorial de Correspondencias.

AFE - Análisis Factorial Exploratorio.

CIOMS - Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2.

EACD - Educación para el Autocuidado de la Diabetes.

ENSANUT - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

IDF - Federación Internacional De Diabetes.

IMEVID - Instrumento de Medición del Estilo de Vida en Diabéticos.

IMSS - Instituto Mexicano del Seguro Social.

NOM - Norma Oficial Mexicana.

OMS – Organización Mundial de la Salud.

SDSCA - Índice de Actividades de Autocuidado para la Diabetes.

UMF – Unidad de Medicina Familiar.

UNAM - Universidad Nacional Autónoma de México.

RESUMEN

INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9

Autores: Barrientos López Boanerges ¹, Pino Hernández Carlos Noé².

¹ Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF No.9 CDMX IMSS

² Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor adjunto curso de especialización en Medicina Familiar. UMF No.9 CDMX IMSS

INTRODUCCIÓN. El autocuidado de la diabetes se ha definido como un proceso de autoconocimiento, aprendiendo a sobrellevar la compleja naturaleza de la enfermedad en un contexto social; la mayoría de la atención diaria en la diabetes es manejada por los pacientes, existiendo una importante necesidad de medidas fiables y válidas para el autocuidado de la diabetes. El médico familiar incide en el abordaje del autocuidado de estos pacientes.

OBJETIVO. Determinar el índice de autocuidado en el paciente que vive con diabetes tipo 2 de la Unidad Médica Familiar No. 9 CDMX.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional descriptivo, transversal. Se aplicaron 139 test de autocuidado a pacientes que viven con Diabetes mellitus tipo 2, en la consulta de medicina familiar, con ítems a evaluar como automonitorización de glucosa, alimentación saludable, ejercicio físico, cuidado de los pies, uso de medicamentos y tabaquismo. Se analizaron las variables cualitativas por medio de análisis descriptivo: distribución de frecuencias y media, mediana y moda para variables cuantitativas.

RESULTADOS: Se incluyó un total de 139 pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2. El promedio de edad fue de 51-60 años, el sexo femenino fue el predominante con un 52.5%. Mediante el cuestionario de índice de actividades de autocuidado para la diabetes (SDSCA) se evaluaron las diferentes prácticas de autocuidado de las cuales las puntuaciones más altas correspondían a el uso de medicamentos en un promedio de 6 días, seguido de la alimentación saludable en un promedio de 5 días, y las puntuaciones más bajas correspondían al consumo de tabaco en un promedio de 0 días tomando en consideración que el porcentaje de fumadores encontrados en el estudio era alto (66.9%), seguida de la monitorización de la glucosa en un promedio de 3 días. Al relacionar y establecer las frecuencias de las diferentes prácticas de autocuidado y utilizando medidas de tendencia central se pudo lograr establecer el objetivo principal del estudio que era determinar el índice de autocuidado en los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2 reportando un 50.4% (70 pacientes) sin prácticas de autocuidado en comparación a un 49.6% (69 pacientes) con prácticas de autocuidado.

CONCLUSIONES: Debido al análisis de frecuencias y porcentajes de las diferentes variables de este estudio, y del resultado obtenido se vuelve evidente la necesidad de diseñar estrategias que nos permitan establecer mejoras en las prácticas de autocuidado con el fin mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2. De igual manera, conocer el contexto en el que se desenvuelven estos pacientes, mediante la descripción de los antecedentes más prevalentes nos permitirá entender los puntos clave a desarrollar en las diferentes prácticas de autocuidado, con la finalidad de mejorar el control glucémico de los pacientes y evitar futuras complicaciones.

Palabras claves: *Diabetes mellitus tipo 2, autocuidado, monitorización de glucosa, conocimiento.*

ABSTRACT

SELF-CARE INDEX IN PATIENTS LIVING WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 OF THE FAMILY MEDICINE UNIT No 9

Authors: Barrientos López Boanerges ¹, Pino Hernández Carlos Noé².

¹ Third-year Resident Physician specializing in Family Medicine. UMF No.9 CDMX IMSS

² Physician Specialist in Family Medicine. Adjunct professor specialization course in Family Medicine. UMF No.9 CDMX IMSS

INTRODUCTION. Diabetes self-care has been defined as a process of self-knowledge, learning to cope with the complex nature of the disease in a social context; The majority of daily diabetes care is managed by patients,

and there is an important need for reliable and valid measures for diabetes self-care. The family doctor influences the approach to self-care of these patients.

GENERAL OBJETIVE. Determine the self-care index in the patient living with type 2 diabetes at the Family Medical Unit No. 9 CDMX.

MATERIAL AND METHODS. Descriptive, cross-sectional observational study. 139 self-care tests were applied to patients living with Type 2 Diabetes mellitus, in the family medicine consultation, with items to be evaluated such as glucose self-monitoring, healthy eating, physical exercise, foot care, use of medications and smoking. Qualitative variables were analyzed through descriptive analysis: frequency distribution and mean, median and mode for quantitative variables.

RESULTS. A total of 139 patients living with type 2 diabetes mellitus were included. The average age was 51-60 years, the female sex was predominant with 52.5%. Using the Diabetes Self-Care Activities Index (SDSCA) questionnaire, the different self-care practices were evaluated, of which the highest scores corresponded to the use of medications on an average of 6 days, followed by healthy eating on an average of 5 days, and the lowest ratings corresponded to tobacco consumption on an average of 0 days, taking into consideration that the percentage of smokers found in the study was high (66.9%), followed by glucose monitoring on an average of 3 days. By relating and establishing the frequencies of the different self-care practices and using measures of central tendency, it was possible to establish the main objective of the study, which was to determine the self-care index in patients living with type 2 diabetes mellitus, reporting 50.4% (70 patients) without self-care practices compared to 49.6% (69 patients) with self-care practices.

CONCLUSIONS. Due to the analysis of frequencies and percentages of the different variables of this study, and the result obtained, the need to design strategies that allow us to establish improvements in self-care practices in order to improve the quality of life of patients becomes evident. who live with type 2 diabetes mellitus. Likewise, knowing the context in which these patients operate, through the description of the most prevalent history, will allow us to understand the key points to be developed in the different self-care practices, with the purpose of improve patients' glycemic control and avoid future complications.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, self-care, glucose monitoring, knowledge.

INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica no transmisible asociada con el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV), cerebrovascular, enfermedad renal, ceguera y amputaciones de extremidades inferiores. Durante las últimas décadas, la prevalencia de diabetes ha ido en aumento y actualmente se encuentra entre las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo. El 10.5% de la población mundial (536 millones) tiene diabetes y se estima que aumente a 12.2% (783 millones) en 2045. En México, la prevalencia de diabetes en 2018 fue de 16.8%, lo que la hace la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en el país.

Dada la transición epidemiológica que experimenta la población mexicana y el aumento de varios factores de riesgo (edad, sobrepeso, obesidad, sedentarismo y tabaquismo) es necesario desarrollar prácticas de autocuidado definidas como aquellas actividades que el individuo realiza a favor de sí mismo, para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, siendo estas una conducta no innata sino aprendida que se ve influenciada por las relaciones interpersonales, aspectos culturales, costumbres y hábitos.

Bajo este contexto, el autocuidado es considerado como una estrategia eficaz, no solo para mejorar la calidad de vida de las personas sino también para disminuir costos sanitarios, al reducir el número de admisiones hospitalarias y de consultas de urgencia.

MARCO TEORICO.

El creciente aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y su incidencia como factores de riesgo para la presencia de enfermedades cardiovasculares, ha hecho de éstas la primera causa de muerte en los países desarrollados y un importante problema de salud pública para éstos y las naciones en desarrollo.¹

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico causado por una variedad de factores, incluidas alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Se caracteriza por una hiperglucemia persistente y está relacionada con problemas cardiovasculares y renales. Estas dificultades reducen la calidad de vida y la esperanza de vida. La enfermedad tiene un impacto económico significativo en los recursos sanitarios a nivel global.²

Es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, no solo por sus índices de prevalencia e incidencia, sino también por los costes que genera a la economía de cada país, las complicaciones derivadas de esta, así como las muertes que ocasiona anualmente. Datos de la Organización Mundial de la Salud indican que la prevalencia mundial se duplicó en población adulta del 4.7% en 1980 al 8.5% en 2014. La DM fue directamente responsable de 1.5 millones de muertes en el mundo en el 2012,

aunado a lo anterior un nivel de glucosa superior al deseable es causa de otras 2.2 millones de defunciones.³

La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2017 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región Latinoamericana era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años, solo Norteamérica (11.1%) y el Sur de Asia (10.8%) tenían tasas mayores. De los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 34 millones (9%) residen Latinoamérica. De igual manera en ENSANUT 2022, El 10.3% de los adultos (20 años y más) reportó diagnóstico previo de diabetes, con cifras mayores en las mujeres que en los hombres (11.4% vs 9.1%). El aumento previsto en el número de casos (62%) para el año 2045 es mayor en los países de América que en otras regiones. La prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes, como la obesidad y la intolerancia a la glucosa, justifica la expectativa de crecimiento. El hecho de que el cuarenta por ciento de los pacientes con diabetes no sepan que tienen diabetes es aún más grave.⁴

Desde hace poco más de 20 años las enfermedades crónicas no transmisibles, pasaron a ocupar los primeros lugares como causas de muerte general: enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus (1er, 2do y 3er lugar, respectivamente), debido al aumento de la esperanza de vida de los mexicanos, de 50.7 años en 1950 a 74 años en el 2000, el cambio en el estilo de vida, tanto en alimentación como en actividad física, al establecimiento de programas para la prevención y control de las enfermedades infecciosas. La mayoría de estas enfermedades resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales.⁵

La predisposición para padecerlas se hace evidente cuando el individuo se expone a un estilo de vida propicio, aumento en el consumo de calorías, azúcares simples y grasas y reducción en la actividad física. En México, la diabetes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en menos de cincuenta años. La enfermedad afecta al 14.4% de los adultos mayores de 20 años, con un aumento del 30% después de los 50 años.¹⁹⁸ Es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres desde 2000. Además, es una causa más común de incapacidad temprana, ceguera y amputaciones no provocadas por traumatismos. Es una de las cinco enfermedades más costosas para el sistema de salud.⁶

Además, el apego al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas diabéticas. Hoy en día se hace indispensable que el equipo profesional conozca el entorno familiar y comunitario de estos pacientes, las interacciones entre los miembros de la familia, evaluando el contexto familiar para que de alguna manera determine los riesgos de fracaso orientando mejor las intervenciones para alcanzar las metas propuestas y pueda mejorarse la calidad de vida del paciente.⁷

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ESTILO DE VIDA

Es importante fomentar la pérdida de peso y aumentar la actividad física, mantener un peso saludable con un índice de masa corporal de 20 a 24 y evitar el tabaco. Se recomienda que, como parte del tratamiento de la diabetes, las personas con sobrepeso u obesidad realicen cambios en su estilo de vida, que incluyan como meta inicial la reducción del 5 al 10% de su peso corporal y la actividad física durante al menos 40 minutos todos los días; la adición de medicamentos como la metformina; y en pacientes con riesgo cardiovascular agregado, como hipertensión, dislipidemia, carga genética y obesidad.⁸

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Fernández y cols. realizan estudio titulado estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para evaluar el efecto de la intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. Se llevó a cabo un estudio de investigación educativa, en donde se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. En el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social. Al inicio se contaba con 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosada (21%); al finalizar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%).⁹

En Rodríguez et al. desarrollaron un instrumento para evaluar disposiciones plausibles relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes. La adherencia a la dieta es un comportamiento medular para evitar las complicaciones de esta enfermedad y controlar los niveles de glucosa en sangre. Los programas para educar a los pacientes sobre su dieta no han tenido los resultados esperados. En este estudio se utiliza una aproximación interconductual, en particular el modelo psicológico de la salud, para comprender la importancia de las variables de tipo disposicional como factores que fomentan los comportamientos de riesgo o como factores que obstaculizan los comportamientos saludables o preventivos. La identificación de estos factores en relación con el seguimiento de un plan de alimentación permitirá diseñar mejores programas, en tanto que será posible entrenar habilidades pertinentes a la alteración de dichos factores, trascendiendo la mera labor informativa para incorporar el conocimiento en la forma de un saber hacer.¹⁰

Otro estudio realizado en pacientes diabéticos en la región de Warangal por Thungathurthi para evaluar el conocimiento sobre el autocuidado en 456 pacientes con DM2. Se aplicó un cuestionario de 30 ítems con datos básicos sobre conciencia, conocimiento, ideas falsas, cuidado de la diabetes y complicaciones. El cual cuenta con resultados en donde sólo el 3.5% de la población diabética tuvieron conocimiento > 80 %, el 29.38 % tuvieron conocimiento de 60-79 %, en el cual los hombres tuvieron mayor conocimiento (35.52 %) que las mujeres (23.24 %). ¹¹

Mientras que un estudio realizado en Colombia tuvo como objetivo identificar la capacidad de autocuidado de las personas con diagnóstico de DM2 en 225 pacientes. La capacidad de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, Predominó el sexo femenino (68.4 %); la unión libre (59.1 %); escolaridad primaria (50.6 %); y los bajos ingresos económicos (34.7 %). Al valorar la capacidad de autocuidado, el 73.8 % de los pacientes obtuvo una calificación muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre dedican tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio. ¹²

Muñoz et al. investigaron el conocimiento de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. El estudio, que fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, examinó a 100 pacientes y encontró que el 22% de los pacientes dijo tener conocimiento no satisfactorio, el 54% dijo tener conocimiento regular y el 24% dijo tener conocimiento satisfactorio. Esto se debió a que la mayoría de los pacientes estudiados dijo tener conocimiento regular de autocuidado para la diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes no tienen los conocimientos necesarios para realizar su autocuidado, lo que pone en riesgo su salud. ¹³

Bralic y col. realizaron un trabajo titulado the association of lifestyle and stress with poor glucemic control in pacientes with diabetes mellitus type 2. El estudio incluyó 10285

pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cuyos resultados fueron 79% de los participantes reportaron una actividad física insuficiente, 24% reporto dieta inapropiada, 19% pacientes con habito de tabaco, multivariado estudio analizó que fumar tomar bebidas alcohólicas tener malos hábitos dietéticos, dieta rica en sal, mala actividad física y altos niveles de estrés están significativamente asociados con elevación de HbA1c. ¹⁴

González y col. realizaron estudio titulado conocimiento del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad estudio en centro de salud. Cuyo objetivo identificar el nivel de conocimiento de los pacientes en relación con algunos aspectos de educación diabetológica, estudio descriptivo de corte transversal, conto con la participación de 190 pacientes, con resultado que el nivel de conocimiento de los participantes no fue aceptable, prevaleció como inaceptable el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad. ¹⁵

AUTOCUIDADO.

El autocuidado es uno de los principales componentes del complejo tratamiento que las personas que viven con diabetes deben asumir con el debido conocimiento y habilidad para desarrollar los comportamientos esenciales para mantener el control metabólico y reducir la morbilidad asociada a las complicaciones de la enfermedad. ¹⁶

De ahí que:

a) Plan de alimentación:

Es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes ya que no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación; debe tener las siguientes características:

- Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente.
- Debe ser fraccionado.
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes.
- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas.
- Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo
- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.¹⁷

b) Ejercicio físico

Se considera como actividad física todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico; el ejercicio es una subcategoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva. Se deben realizar al menos 150 min/ semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (aumento de 50-70% de la frecuencia cardiaca máxima) o 75 minutos por semana de actividad vigorosa, si no existen contraindicaciones se deben realizar ejercicios de resistencia 3 veces por semana.¹⁸

c) Hábitos desfavorables

Es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el consumo de alcohol, así como evitar la omisión de toma de dosis de medicamentos, evitar el sedentarismo, así como el hábito de fumar debido a que el riesgo de desarrollar complicaciones macro vasculares aumenta significativamente y es superior al de la hiperglucemia.¹⁹

EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

El autocuidado de la diabetes se ha definido como un proceso evolutivo de desarrollo de conocimiento o conciencia, aprendiendo a sobrellevar la compleja naturaleza de la diabetes en un contexto social; debido a que la mayoría de la atención diaria en la diabetes es manejada por los pacientes y / o familiares existe una importante necesidad de medidas fiables y válidas para el autocuidado de la diabetes. Hay siete comportamientos, esenciales en las personas con diabetes que predicen buenos resultados: ²⁰

1. Alimentación saludable.
2. Actividad física.
3. Medición de glucosa en la sangre.
4. Apego a los medicamentos.
5. Buenas habilidades de resolución de problemas.
6. Habilidades de afrontamiento saludables.
7. Comportamientos de reducción de riesgos. ²⁰

Estas medidas propuestas pueden ser útiles para los médicos y educadores de la salud, que tratan a pacientes individuales y para los investigadores que evalúan nuevos enfoques de la atención; el auto informe es el enfoque más práctico para la evaluación de auto-cuidado y sin embargo, a menudo es visto como poco confiable. Se han encontrado que estos siete comportamientos se correlacionan positivamente con un buen control glucémico, reducción de complicaciones y mejora en la calidad de vida. ¹³ Además, se ha establecido que el auto-cuidado no sólo abarca la realización de estas actividades, sino también las interrelaciones entre ellos. El autocuidado de la diabetes requiere que el paciente haga modificaciones en la dieta y estilo de vida complementado con la función de apoyo del personal sanitario para mantener un mayor nivel de confianza en sí mismo que conduce a un exitoso control de la enfermedad. ²¹

La Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos enfatiza la importancia de que los pacientes se conviertan en participantes activos e informados en su cuidado; del mismo modo la OMS también ha reconocido la importancia de que los pacientes aprendan a manejar su diabetes. En las sesiones educativas debe de abordarse una serie de tópicos de acuerdo a las necesidades individuales y de grupo que pueden incluir:

- Aceptación de la enfermedad.
- Activación de las capacidades de auto cuidado del enfermo
- Establecimiento y evaluación de las metas personales
- Información acerca de los aspectos fundamentales de la enfermedad y su tratamiento
- Desarrollo de habilidades de modificación de estímulos ambientales, negociación de diferentes tipos de apoyo, auto reforzamiento y auto motivación
- Aprendizaje de habilidades para el control y vigilancia de la enfermedad: cuidado específicos de su enfermedad y uso de fármacos
- Aprendizaje de técnicas de auto monitoreo (glucosa capilar, presión arterial, conteo de grasas, actividad física)
- Reconocimiento, tratamiento y prevención de complicaciones agudas y crónicas
- Terapia nutricional
- Importancia de la actividad física
- Conductas a seguir en diferentes circunstancias: viajes, días de enfermedad, compromisos sociales
- Apoyo y guía para integrar el tratamiento de la enfermedad a la vida diaria
- Aprender a manejar el estrés que generan diferentes demandas ambientales
- Aprender técnicas para evitar la recaída en conductas indeseables

- Desarrollar habilidades para mejorar problemas interpersonales, familiares y otros relacionados
- Aprender a identificar diferentes reacciones o trastornos afectivos (depresivos y de ansiedad), de alimentación y sexuales que pudieran ocurrir al enfermo
- Se deben brindar intervenciones que favorecen la participación del paciente en la toma de decisiones de factores importantes del tratamiento para mejorar la responsabilidad personal y la independencia. ²²

EFFECTO DEL AUTOCUIDADO SOBRE EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD Y LAS COMPLICACIONES

La educación para el autocuidado de la diabetes (EACD) es un elemento crítico dentro de la atención a las personas con diabetes y aquellos sujetos con riesgo de desarrollar la enfermedad; es necesario con el fin de prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes y tiene elementos relacionados con cambios en el estilo de vida, que también son esenciales para las personas con prediabetes como parte de los esfuerzos para prevenir la enfermedad. ²³

Muchas personas con diabetes tienen o están en riesgo de desarrollar enfermedades concomitantes, incluyendo tanto las complicaciones y las condiciones relacionadas con la diabetes (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, dislipidemia, daño nervioso, hipertensión y depresión) y otros problemas médicos que puedan interferir con el cuidado personal (enfisema, artritis, alcoholismo). Además, el diagnóstico, la progresión y el trabajo diario de la gestión de la enfermedad puede ser una carga emocional mayor en las personas con diabetes, lo que hace el autocuidado aún más difícil. ²⁴

La ADA ha revisado el nivel de educación del autocuidado de la diabetes y encontró un aumento de cuatro veces en las complicaciones de la DM en personas que no habían recibido educación formal relacionada a las prácticas de cuidados personales. Un meta-análisis sobre la educación para el autocuidado en personas adultas con DM2 reveló mejorías en el control glucémico en el seguimiento a corto plazo, sin embargo, el beneficio observado disminuyó uno a tres meses posterior a concluir la intervención, lo que sugiere que es necesaria la formación continua del paciente. Por otro lado una revisión de la educación para el autocuidado de la diabetes reveló que esta estrategia tiene éxito en la reducción de los niveles de hemoglobina glucosilada.²⁵

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DOROTHEA OREM

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad. Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás. En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.²⁶

Naturaleza del autocuidado:

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

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.

- Promoción del bienestar.²⁷

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.²⁸

Evaluación Del Autocuidado En Pacientes Con Diabetes Mellitus 2.

Las conductas de autocuidado, entendidas como una actividad iniciada de forma consciente y con un proceso de aprendizaje, apropiada a una determinada situación y centrada en un objetivo concreto, constituye un elemento nuclear en el abordaje de las enfermedades crónicas de forma general, y en la DM especialmente. Una técnica aceptable para evaluar este constructo es utilizar encuestas que recojan datos desde la perspectiva del paciente. La literatura cuenta con una variedad de herramientas que evalúan el comportamiento y los obstáculos para el autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, principalmente validados en la población anglosajona, incluyendo: El índice de actividades de autocuidado para el diabetes (SDSCA), un cuestionario de doce ítems que evalúa estas capacidades, tiene una escala de respuesta de 0 a 7, y es uno de los más utilizados en la literatura.²⁹

Se utilizó un Delphi de expertos para evaluar la versión validada del SDSCA en la población mexicana en términos de equivalencia semántica y contenido. Además, se utilizó la escala INFLESZ para determinar su legibilidad. Posteriormente se llevó a cabo la validación psicométrica, evaluando la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio (en adelante AFE y AFC), consistencia interna, confiabilidad de prueba-retest y validez discriminante. El modelo trifactorial con 6 ítems (dieta, ejercicio físico

y autoanálisis) explicaba el 79,16% de la varianza. El análisis de confirmación reveló un buen ajuste del modelo SDSCA-Sp. La consistencia interna fue moderada-alta (-Cronbach = 0,81), y la confiabilidad de prueba-reprobación fue evaluada en 198 pacientes ($t = 0,462-0,796$, $p = 0,001$), con una correlación global de 0,764 ($p = 0,0001$):

- ✓ Dieta general: promedio de días de las preguntas 1, 2 y 3.
- ✓ Ejercicio: promedio de días de las preguntas 4 y 5.
- ✓ Exámenes de nivel de azúcar en sangre: promedio de días de las preguntas 6 y 7.
- ✓ Cuidado de los pies: promedio de días de las preguntas 8 y 9.
- ✓ Medicamentos: promedio de días de la pregunta 10.
- ✓ Tabaquismo: la pregunta 11 indica 0 = no fumador 1=fumador, la pregunta 12 se refiere al número de días de consumo de cigarrillos.³⁰

Porque el cuestionario no tiene un punto final, cada ítem debe evaluarse por sí solo. Por lo tanto, se dicotomiza para fines del estudio de la siguiente manera: < 5 días = sin prácticas de autocuidado y ≥ 5 = con prácticas de autocuidado.³⁰

JUSTIFICACION.

Magnitud. La educación para el autocuidado de la diabetes (EACD) es un elemento crítico dentro de la atención de los pacientes que viven con diabetes tipo 2 de la Unidad Médica Familiar No 9; es necesario con el fin de prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes cuando acuden a su valoración mensual con su médico familiar.

Trascendencia. La diabetes mellitus tipo 2, el tipo más común de la diabetes es la primera causa de mortalidad general en México, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. También, es la principal causa de insuficiencia renal aguda y crónica, ceguera y amputación no traumática de extremidades. Dado que el autocuidado ha demostrado mejorar el control glucémico, identificar el índice que el paciente diabético tiene sobre autocuidado, ayudará a diseñar estrategias a nivel social con beneficios en la infraestructura institucional.

Factibilidad. Es posible realizar este estudio ya que solo se necesitaran cuestionarios de aplicación directa a los pacientes que acuden a control mensual de su diabetes.

Viabilidad. El programa de atención grupos de salud vulnerables, se centra en la atención de los pacientes que viven con diabetes y todas las estrategias que del mismo derivan y que optimizan su atención en salud, por lo que se considera como área prioritaria en el primer nivel de salud.

Vulnerabilidad. Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que el paciente identifique los puntos importantes del autocuidado y se pueda incidir en conjunto con su médico familiar en la prevención y mejora del cumplimiento y el desarrollo del plan terapéutico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes mellitus tipo 2, el tipo más común de la diabetes es la primera causa de mortalidad general en México, aumenta el riesgo de enfermar y morir por enfermedades cardiovasculares. También, es la principal causa de insuficiencia renal y crónica, ceguera y amputación no traumática de extremidades. Todo lo anterior, es resultado del mal control glucémico de los pacientes.

Dado que el autocuidado ha demostrado mejorar el control glucémico, conocer el índice sobre autocuidado del paciente diabético ayudará a diseñar estrategias para mejorar este conocimiento y en consecuencia mejorar el control glucémico de los pacientes y retrasar o evitar la aparición de las complicaciones de la enfermedad.

La falta de conocimiento sobre el índice de autocuidado de nuestros pacientes hace que se lleven a cabo este tipo de trabajos de investigación con la finalidad de poder mejorar programas de salud. Y conocer el estado de salud de nuestra población en estudio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Considerando aspectos previamente analizados, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el índice de autocuidado de los pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Unidad Médica Familiar No 9 “San Pedro de los Pinos” en el periodo de Julio a Octubre del 2023?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el índice de autocuidado en el paciente que vive con diabetes tipo 2 de la Unidad Médica Familiar No. 9 de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Identificar el número de veces por semana que el paciente que vive con diabetes monitoriza su glucosa capilar en su domicilio previamente para su cita de control mensual en la Unidad de Medicina Familiar No 9.
2. Identificar la prevalencia de alimentación saludable en los pacientes que acuden a control de diabetes en la Unidad de Medicina Familiar No 9.
3. Identificar la prevalencia de realización de ejercicio físico en los pacientes que acuden a control de diabetes en la Unidad de Medicina Familiar No 9.
4. Identificar la prevalencia del examen frecuente de sus pies en los pacientes que acuden a control de diabetes en la Unidad de Medicina Familiar No 9.
5. Identificar la prevalencia del uso adecuado de medicamentos de los pacientes que acuden a control de diabetes en la Unidad de Medicina Familiar No 9.
6. Identificar la prevalencia de tabaquismo en los pacientes que acuden a control de diabetes en la Unidad de Medicina Familiar No 9.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

De acuerdo con el trabajo realizado el proyecto descriptivo no ameritaría desarrollo de hipótesis, sin embargo, se realiza con fines académicos.

H0: El paciente que vive con diabetes mellitus tipo 2 no realiza actividades de autocuidado de su enfermedad en la mayor parte de la semana.

H1: El paciente que vive con diabetes mellitus tipo 2 realiza actividades de autocuidado de su enfermedad en la mayor parte de la semana.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Área de Estudio.

Consulta externa de medicina familiar del **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9** ubicada en Avenida Revolución S/N, esquina calle 7, colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez CP 03800, Ciudad de México.

Universo y Muestra:

El universo en cuestión corresponde a todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 9, San Pedro de los Pinos de la Ciudad de México, que acude a control mensual en la consulta externa en la en el periodo comprendido de Julio a Octubre del 2023.

La obtención de la muestra se realizó de forma no probabilística por conveniencia en pacientes mayores de 18 años y menores de 60 años de edad, de cualquier sexo, con más de un año y menos de diez años de diagnóstico y tratamiento de Diabetes mellitus tipo 2, a quienes se le aplicó un cuestionario que evalúa el grado de autocuidado en base a actividades realizadas en pacientes que viven con Diabetes mellitus tipo 2.

Tomando en consideración la población en estudio del periodo de Julio a Octubre del 2023, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra finita con el número mínimo de sujetos que cumplían con los criterios de selección. El cálculo se realizó mediante la siguiente formula utilizando el programa estadístico OpenEpi versión 3.0.1:

$$n = [N * p * (1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$$

Dónde:

• N = Tamaño de la población (6350 población de pacientes que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la UMF9 y basados en los criterios de inclusión del estudio)

• $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad del 95%)

• p = proporción esperada de Diabetes Mellitus Tipo 2 en base al grupo de edad y características de los criterios de inclusión y en base a ENSANUT 2019 (en este caso 10.3% = 0.103)

• q = 1 – p (en este caso 1-0.103 = 0.897)

• d = margen de error (5%) (Valor estándar de 0.05)

Despejando la fórmula obtendremos:

$$n = \frac{6350 * 0.05 * (0.897)}{[(0.05)^2 / 1.96 * (6350 - 1) + (0.05) * (0.897]}$$

$$n = 139$$

El resultado de la fórmula arroja una muestra total del estudio la cual será de 139 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 con edad mayor a 18 años y menor a 60 años derechohabientes de la UMF 9.
- Pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 con más de 1 año y menos de 10 años de diagnóstico.

Criterios de exclusión

- Pacientes con otro padecimiento crónico concomitante.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 fuera del rango de edad para conveniencia de la investigación.

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 menos de 1 año ya que el autocuidado puede verse modificado al tratarse de una enfermedad reciente para el paciente.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de más de 10 años de diagnóstico, ya que podría coexistir con complicaciones no detectadas que modifiquen la autonomía del paciente.
- Mujeres diabéticas en estado de gestación.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 porque el transcurso de agudizaciones y complicaciones del padecimiento resulte distinto por su fisiopatología.
- Pacientes con alguna dificultad intelectual o mental que le impida colaborar con el estudio.
- Pacientes que no acepten participar.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que abandonen el llenado del cuestionario.
- Pacientes que no llenen completamente el cuestionario.

Diseño de estudio:

El estudio que se realizó será de tipo **observacional** ya que no realizaremos alguna intervención y modificación de las variables de estudio.

Será de tipo **transversal** porque la medición de las variables se realizó en un solo momento, a través de la aplicación de un cuestionario.

Además, será de tipo **descriptivo** ya que estuvo enfocado en exponer la frecuencia de actividades con repercusión en el autocuidado de los pacientes diabéticos de la UMF No 9 que acuden a la consulta externa de control metabólico.

En base a la cronología de los hechos, el estudio fue **prospectivo**, ya que la encuesta se recabo en los pacientes adscritos en la UMF No 9 en el periodo correspondiente a la realización del estudio utilizando un instrumento previamente diseñado y validado para el logro de nuestro objetivo de investigación.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables Independientes:

- Monitorización de la glucosa en sangre.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico.
- Cuidado de los pies.
- Uso de medicamentos.
- Tabaquismo.

Variables Dependientes:

- Índice de Autocuidado.

Variables Sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Estado civil.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
<u>VARIABLE DEPENDIENTE.</u>					
<i>Autocuidado de la Salud.</i>	Practica estimulada por la OMS, que consiste en aquellas acciones que velan por el bienestar de la salud física y mental de un individuo; siendo estas tareas o hábitos que incluimos en nuestra rutina diaria y que nos ayuda a garantizar una mejor calidad de vida.	Respuesta generada en el cuestionario SDSCA formado por 14 preguntas, que valoraron 7 ámbitos en la última semana: dieta general, dieta específica, actividad física, nivel de glucemia en sangre, cuidado de los pies, medicamentos y consumo de tabaco	Cualitativa	Nominal dicotómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <5 días: Sin prácticas de autocuidado. 2. >5 días: Con prácticas de autocuidado.
<u>VARIABLES INDEPENDIENTES.</u>					
<i>Monitorización de la glucosa.</i>	Es un método verificado y certero que las personas diabéticas usan para medir de los niveles de glucosa en sangre en un momento dado. Implica la toma de una gota capilar a través de una tira reactiva y su medición en un dispositivo glucómetro.	Frecuencia de días por semana que el paciente realiza para su detección de glucosa como control de su diabetes.	Cuantitativa.	Discreta / De Razón.	Días por semana: <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 días. 2. 1 día. 3. 2 días. 4. 3 días. 5. 4 días. 6. 5 días. 7. 6 días. 8. 7 días.
<i>Alimentación saludable</i>	Consiste en el consumo de una variedad de alimentos nutritivos de forma equilibrada, controlando el tamaño de las porciones, y limitando el consumo de alimentos ricos en carbohidratos para mantener un buen estado de salud y control de enfermedades como la diabetes.	Frecuencia de días por semana que el paciente realiza una dieta saludable equilibrada y balanceada para controlar su diabetes.	Cuantitativa.	Discreta / De Razón.	Días por semana: <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 días. 2. 1 día. 3. 2 días. 4. 3 días. 5. 4 días. 6. 5 días. 7. 6 días. 8. 7 días.
<i>Ejercicio físico.</i>	Es el conjunto de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, que son realizados con el fin de mejorar o mantener la	Frecuencia de días por semana que el paciente realiza ejercicio físico para controlar su diabetes.	Cuantitativa.	Discreta / De Razón.	Días por semana: <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 días. 2. 1 día. 3. 2 días. 4. 3 días. 5. 4 días. 6. 5 días.

	condición física y el control adecuado de enfermedades como la diabetes.				7. 6 días. 8. 7 días.
Cuidado de los pies.	Conjunto de acciones simples encaminadas a la atención y cuidado especial de los pies con la finalidad de evitar complicaciones asociadas al descontrol de enfermedades como la diabetes.	Frecuencia de días por semana que el paciente realiza un conjunto de acciones en sus pies para controlar complicaciones asociadas a su diabetes.	Cuantitativa.	Discreta / De Razón.	Días por semana: 1. 0 días. 2. 1 día. 3. 2 días. 4. 3 días. 5. 4 días. 6. 5 días. 7. 6 días. 8. 7 días.
Uso de medicamentos.	Es el empleo de medicamentos de una forma racional, en relación a su disposición, eficacia, seguridad y calidad por parte del paciente.	Frecuencia de días por semana que el paciente usa sus medicamentos de forma adecuada para controlar su diabetes.	Cuantitativa.	Discreta / De Razón.	Días por semana: 1. 0 días. 2. 1 día. 3. 2 días. 4. 3 días. 5. 4 días. 6. 5 días. 7. 6 días. 8. 7 días.
Tabaquismo.	Consumo usual de cualquier producto del tabaco, lo que se considera una conducta aprendida por el fumador que conforma un sistema de creencias que le generan satisfacción física y psicológica.	Consumo de tabaco que presenta como habito el paciente que vive con diabetes.	Cuantitativa.	Discreta / De Razón.	Días por semana: 1. 0 días. 2. 1 día. 3. 2 días. 4. 3 días. 5. 4 días. 6. 5 días. 7. 6 días. 8. 7 días.
<u>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.</u>					
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido contando desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Cualitativa.	Nominal Categórica	1. 18 – 30 años. 2. 30 – 40 años. 3. 41 – 50 años. 4. 51 – 60 años.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Identidad sexual a la cual los pacientes externan durante el llenado del cuestionario	Cualitativa	Nominal Dicotómica.	1. Hombre. 2. Mujer.

Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Último grado académico escolar finalizado del participante durante el llenado del cuestionario.	Cualitativa.	Ordinal Politémica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Bachillerato o carrera técnica 5. Licenciatura.
Estado Civil.	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en un momento de su vida.	Estado de unión afectiva descrita por el participante durante la encuesta.	Cualitativa.	Nominal Politémica.	<ol style="list-style-type: none"> 1: Soltero. 2: Casado. 3. Unión libre. 4. Viudo. 5. Otro.

OBTENCIÓN DE RESULTADOS:

Una vez autorizado el protocolo por el comité local de investigación y por el Comité de Ética se procedió a realizar la difusión en las salas de espera para obtener la participación de la población de estudio que cuente con los criterios de inclusión, en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.9, en ambos turnos.

Al contar con los participantes se les explico la metodología de las encuestas, beneficios y riesgos del estudio, con previa autorización y firma de consentimiento informado se procedió a la realización y recolección de la información siguientes: datos sociodemográficos; se les otorgo por impreso un cuestionario de actividades de autocuidado en diabéticos (SDSCA).

La realización de los cuestionarios se realizó en la primera semana de Septiembre del 2023; de lunes a viernes en horarios de 8 de la mañana a 2 de la tarde y de 3 de la tarde a 7 de la noche, en el aula de enseñanza de la Unidad Médica Familiar No 9. Con un tiempo estimado de duración de la aplicación de 10 minutos, vigilando el correcto llenado de los mismos, y aclarando cualquier duda que pudiera surgir.

ANALISIS ESTADISTICO:

Los resultados obtenidos se registraron en una hoja de cálculo del programa Office Excel, para conformar la base de datos. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 25 de Windows/stata.

Para el análisis de los resultados se utilizaron análisis básicos de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, con la finalidad de explorar univariadamente la totalidad de las distribuciones en estudio. Para las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central: media, mediana y moda; así como medidas de dispersión: desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo, con su respectivo intervalo de confianza.

La muestra para estudiar será de 139 unidades de análisis (pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2) donde el instrumento a emplearse será el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en pacientes con Diabetes (SDSCA) el cual cuenta con una fiabilidad de 0.81%, a través de 12 preguntas adaptando la frecuencia de días por semana (0 a 7) en los que contempla prácticas de autocuidado, no existe un puntaje máximo establecido, ya que cada dimensión del autocuidado se mide como practica presente (paciente que realiza actividades más de 5 días por semana) o ausente (menos de 5 días por semana).

MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS.

Control de sesgos de selección:

- ❖ El investigador detectó los candidatos con características indispensables de acuerdo a los criterios de inclusión.
- ❖ Se calculó el tamaño de la muestra teniendo en consideración un intervalo de confianza del 95%.

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura basado en artículos de fechas recientes, guías de práctica clínica y de fuentes de información confiable.

Control de sesgos de medición:

- Se utilizó como fuente de obtención de datos e información para el estudio: el cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabéticos (SDSCA), validado en español con un alfa de Cronbach de 0.81.
- Durante el proceso de llenado de cuestionarios, el investigador estuvo presente para identificar dudas en caso necesario

Control de sesgos de análisis:

- El instrumento de recolección de datos tiene una validez previa y de igual forma fue sometido a una revisión de expertos, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos requeridos.
- Se registraron y analizaron los datos obtenidos de manera sistemática y correcta, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.

ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación se apegó a las normas éticas establecidas por los organismos nacionales e internacionales.

ORGANISMOS NACIONALES:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se actuó en apego a los siguientes artículos:

Conforme a lo escrito en el Artículo 13 sección V, en la presente investigación los participantes firmaron el consentimiento informado en el caso de los mayores de edad.

En referencia al Artículo 17, la presente investigación fue de riesgo mínimo, ya que utilizó procedimientos comunes como la aplicación de cuestionarios (Test de Índice de Autocuidado de la salud en pacientes con diabetes) a individuos en los que no se manipuló la conducta.

De acuerdo al Artículo 20. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, dieron su autorización para ser parte de la investigación, fueron informados sobre los procedimientos y riesgos implicados, teniendo la capacidad de elegir libremente y sin ser coaccionados.

Con base en lo estipulado por el Artículo 35, se han realizado estudios semejantes sobre la influencia que ejerce el índice de autocuidado sobre el control glucémico en los pacientes diabéticos, por lo que la presente investigación se llevó a cabo de acuerdo a este

punto. En concordancia a lo señalado por el Artículo 36, para realizar este estudio se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes.

En referencia a lo indicado en el Artículo 38, este trabajo fue de riesgo mínimo y tuvo probabilidad de beneficio directo para los pacientes diabéticos, ya que al identificar datos de poco o nulo índice de autocuidado y repercusiones en el control glucémico del paciente diabético fueron canalizados a los servicios correspondientes para iniciar el manejo y seguimiento requeridos para promover estilos de vida saludable y generar un mayor grado de cuidado y autocontrol de su enfermedad.

La presente investigación se apegó a los criterios estipulados por la NOM 012-SSA3-2012, la cual establece las pautas a seguir para aquellos proyectos de investigación para la salud, realizados en seres humanos.

ORGANISMOS INTERNACIONALES:

Declaración de Helsinki.

Esta investigación se apegó a las recomendaciones de la declaración de Helsinki, la cual establece como principio básico el respeto por el paciente. Se protegió la integridad de los participantes, adoptando las medidas necesarias para preservar su intimidad y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Cada participante fue informado sobre los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Se les hizo saber sobre su capacidad de elegir libremente participar en esta investigación y así como de abandonar en cualquier momento el estudio. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Este proyecto mantuvo como interés esencial el bienestar de las personas, el cual jamás se vio comprometido por otros intereses.

Código de Nüremberg.

El presente estudio cumplió con las pautas expresadas en el código de Nüremberg, ya que contó con un consentimiento informado el cual fue otorgado voluntariamente por los participantes. En todo momento se evitó causar sufrimiento físico o mental a los pacientes, priorizando su seguridad para evitar cualquier posibilidad de daño, incapacidad y muerte. Dado lo anterior los participantes fueron libres de abandonar la investigación en el momento que lo deseen, sin que esto signifique repercusión alguna en la atención médica que reciben. Así mismo el investigador puso fin al experimento toda vez que este involucre algún tipo de daño para los sujetos de estudio.

Informe Belmont.

Esta investigación se rigió por los principios éticos básicos estipulados en el Informe Belmont. Cada uno de los participantes fueron considerados como agentes autónomos, apegándose así al principio de respeto. Para cumplir con el principio de beneficencia, este estudio maximizó esfuerzos para asegurarse de reducir posibles daños o no causar daño alguno a los participantes, procurando el mayor beneficio para los pacientes. En concordancia con el principio de justicia, ningún participante que amerite el manejo y seguimiento por los servicios de esta unidad fue privado de este beneficio, procurando la igualdad entre los integrantes de la población de estudio.

Comisión Nacional de Bioética.

En cuanto al principio de Autonomía, se le explico al paciente el objetivo del estudio, el cual fue determinar el índice de autocuidado en los pacientes diabéticos tipo 2; así como los posibles riesgos y beneficios de participar. El participante decidió de forma libre otorgar el consentimiento para ser parte del estudio.

Respecto al principio de Beneficencia y no maleficencia, se minimizaron los posibles daños y riesgos para los participantes, salvaguardando su anonimato y la privacidad de los resultados obtenidos; así mismo se buscó beneficiar a los pacientes mediante la detección oportuna de datos del índice de autocuidado y las repercusiones en el control glucémico brindando un manejo y seguimiento requeridos para promover estilos de vida saludable y generar un mayor grado de cuidado y autocontrol de su enfermedad.

Justicia: En la investigación se trató con el mayor grado de respeto a todos los sujetos de estudio y a la persona responsable, sin distinción de género, credo, religión, nivel socioeconómico o procedencia. Respondiendo a las necesidades específicas de la población y los beneficios se distribuyeron equitativamente.

Pautas CIOMS.

Así como también se tomaron de referencia las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica con seres humanos (CIOMS) que engloban de forma generalizada los principios éticos del informe Belmont: Pautas 1-2 (Justificación ética, validez y evaluación de la investigación) Pautas 4-5 (Consentimiento informado) Pauta 8,12 (Riesgo-Beneficio) Pauta 13 (Personas vulnerables) Pauta 18 (Confidencialidad), adoptadas por la OMS y el Consejo de Organizaciones Internacionales con Seres Humanos.

Beneficios para el paciente: Una vez obtenidos los resultados se les informó el significado de estos a los sujetos de investigación, y se les proporcionó un tríptico informativo sobre el significado de la diabetes mellitus, y las conductas de autocuidado y cambios en el estilo de vida para lograr un adecuado control glucémico, así como la importancia de las relaciones familiares y su influencia en dicho control, y posteriormente

fueron derivados a la consulta de medicina familiar, así como a los servicios correspondientes, por la vía institucional, a fin de establecer un tratamiento integral.

Riesgos en el paciente: Este estudio fue de riesgo mínimo, ya que el instrumento utilizado (Cuestionario de autocuidado) en algunas de sus preguntas puede generar incomodidad o desacuerdo; para lo cual el sujeto de investigación tuvo total libertad de decidir no continuar contestando dichos cuestionarios y retirarse del estudio.

Alcance: El presente estudio representó una oportunidad para el médico familiar de identificar a aquellos pacientes diabéticos con un índice nulo o escaso de autocuidado de su enfermedad, asociados a descontrol glucémico; recalcando la importancia de ver a la Diabetes mellitus que no solo impacta en el aspecto físico del paciente, sino que afecta también su esfera psicológica y social, logrando así un manejo integral mediante el cual será posible mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Contribuciones: Esta investigación aportó información sobre actividades clínicas dirigidas a un manejo médico global así como la intervención en el índice de autocuidado que tienen los pacientes diabéticos y sus repercusiones en el control glucémico, además de facilitar el despliegue estratégico del médico familiar que lo involucra directamente en la atención integral de salud y brindar nuevas herramientas para ser utilizadas dentro del abordaje oportuno de la Diabetes Mellitus tipo 2, reduciendo los gastos familiares e institucionales, al disminuir la incidencia de complicaciones en estos pacientes.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Recursos Humanos. Su elaboración, así como el trabajo de campo fue realizado por el residente de la especialidad en Medicina Familiar Boanerges Barrientos López, con la asesoría del investigador principal, especialista en Medicina Familiar Carlos Noé Pino Hernández.

Físicos. El presente estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No 9 de San Pedro de los Pinos, en el aula de enseñanza.

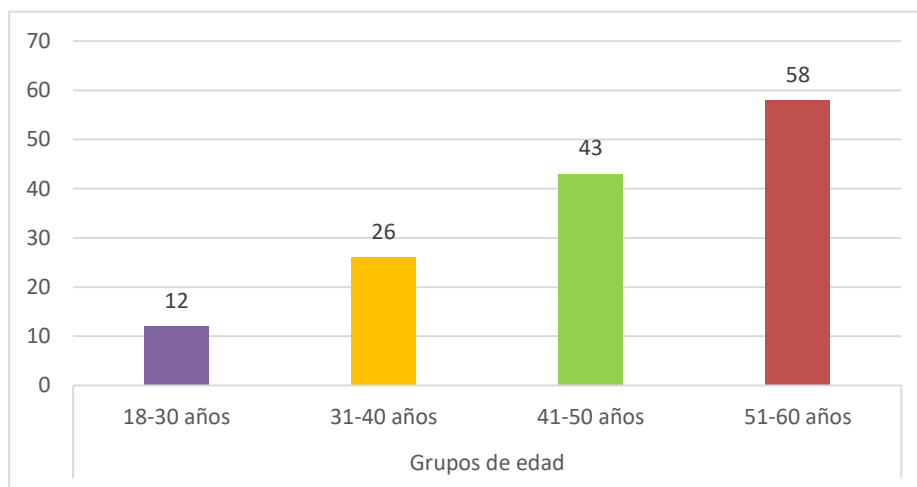
Materiales. Se necesitaron 556 hojas blancas para impresión de los cuestionarios de autocuidado SDSCA y sus respectivos consentimientos informados (\$500), 1 impresora multifuncional (\$1500), 1 computadora portátil(\$8000), paquetería estadística informática SPSS (\$500), 139 bolígrafos tinta negra(\$695), 1 médico residente aplicador y orientador de la prueba.

Financieros. Los gastos que se generaron en este estudio se llevaron a cabo con recursos propios del investigador.

RESULTADOS.

Se incluyó un total de 139 pacientes, con respecto a las características sociodemográficas de la población estudiada se observó que el grupo de edad de 51 a 60 años presento 41.7% (58) de los pacientes que participaron y el grupo de 41 a 50 años 30.9% (43). (Grafica 1).

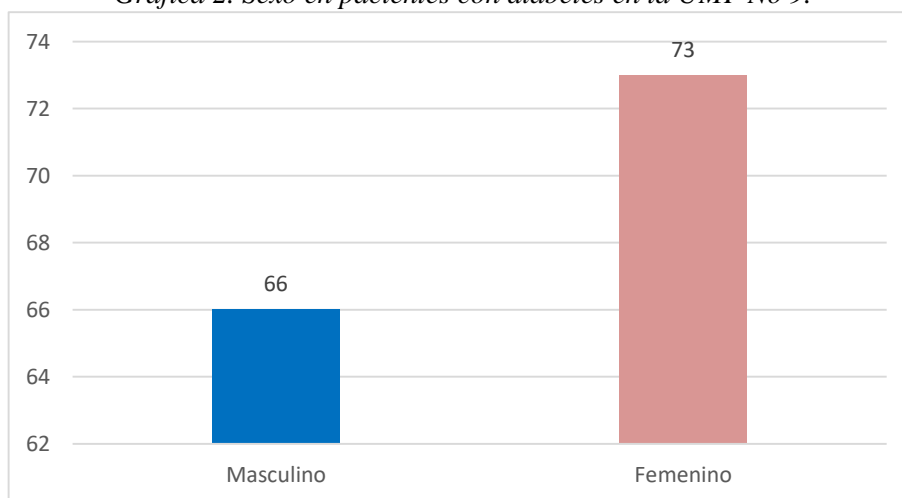
Gráfica 1. Grupos de edad en pacientes con diabetes en la UMF No 9.



Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

El sexo femenino reporto 52.5% (73) de los pacientes y el masculino 47.5% (66). (Grafico 2).

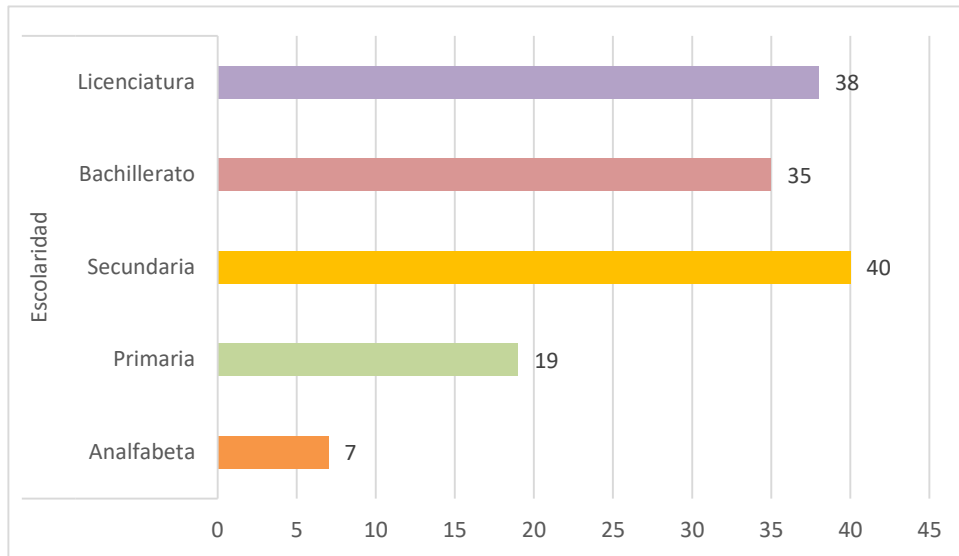
Gráfica 2. Sexo en pacientes con diabetes en la UMF No 9.



Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

Con respecto a la escolaridad se presentó como máximo grado de estudios secundaria 28.8% (40), licenciatura 27.3 % (38) y bachillerato 125.2% (35). (Grafico 3).

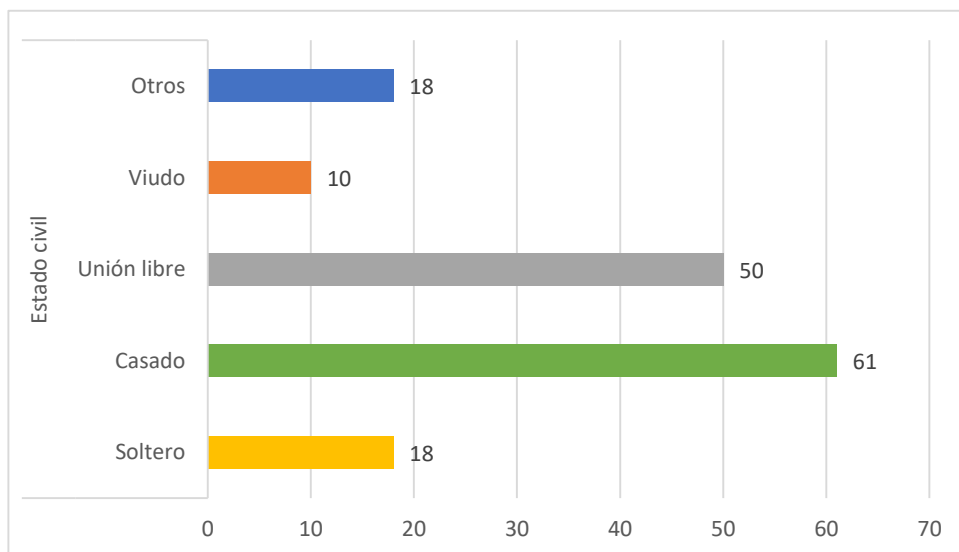
Gráfica 3. Escolaridad en pacientes con diabetes en la UMF No 9.



Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

En relación al estado civil de los pacientes estudiados estaban casados el 43.9% (61) y en unión libre 36% (50). (Grafico 4).

Gráfica 4. Estado civil en pacientes con diabetes en la UMF No 9.



Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

De acuerdo a los datos mostrados en la Tabla 1 en relación a las diferentes prácticas de autocuidado, la monitorización de glucosa se observó en el 20.1% (28) pacientes; 1 día a la semana y 18.7% (26); 5 días a la semana. Una alimentación saludable refirió 33.1% (46) pacientes mantenerla 5 días a la semana.

Respecto al ejercicio físico, se encontró que el 20.9% (29) pacientes lo realizan 5 días a la semana y 19.4% (27) pacientes lo realizan 4 días a la semana. El cuidado de los pies lo efectúan el 20.9% (29) pacientes 5 días a la semana y 14.4% (20) pacientes; 4 días a la semana.

También, conforme al uso de medicamentos refirieron haber tomado adecuadamente sus medicamentos de control de su glucosa prescritos el 48.2% (67) pacientes 7 días a la semana y 26.6% (37) 6 días a la semana.

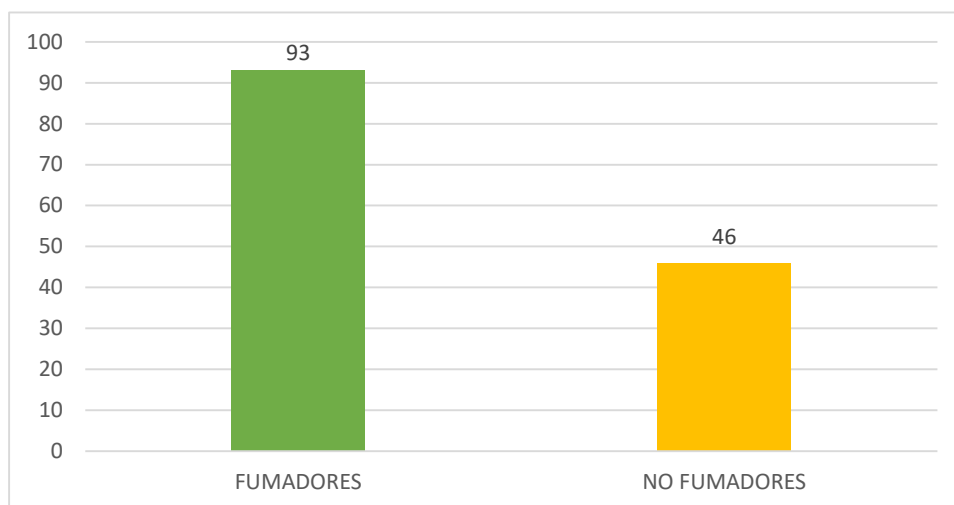
En cuanto al tabaquismo el 66.9% (93) de los pacientes reportaron ser fumadores y 44.1% no fumadores (Grafica 5). Además de los pacientes fumadores 18% (25) refirió consumir cigarrillos 1 día a la semana y 12.9% (18) 2 días a la semana.

Tabla 1. Prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes en la UMF No 9.

	MONITORIZACION DE GLUCOSA		ALIMENTACION SALUDABLE		EJERCICIO FISICO		CUIDADO DE LOS PIES		USO DE MEDICAMENTOS		TABAQUISMO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0 días	14	10.1	0	0	0	0	0	0	0	0	93	66.9
1 día	28	20.1	1	0.7	0	0	0	0	0	0	25	18.0
2 días	26	18.7	31	22.3	0	0	0	0	0	0	18	12.9
3 días	2	1.4	33	23.7	2	1.4	2	1.4	2	1.4	3	2.2
4 días	2	1.4	4	2.9	4	2.9	4	2.9	4	2.9	0	0
5 días	26	18.7	46	33.1	29	20.9	29	20.9	29	20.9	0	0
6 días	25	18.0	23	16.5	37	26.6	37	26.6	37	26.6	0	0
7 días	16	11.5	1	0.7	67	48.2	67	48.2	67	48.2	0	0

Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

Gráfica 5. Tabaquismo en las pacientes con diabetes en la UMF No 9.



Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

Además, al realizar el análisis de las prácticas de autocuidado, los resultados obtenidos se encontraban en un rango entre 3.5 ± 2.43 y 6.17 ± 0.95 días a la semana; en la Tabla 2 se detallan todos los valores del cuestionario. Los valores de las apreciaciones se encuentran inversos para tabaquismo. Las puntuaciones más altas correspondieron al área de uso de medicamentos y la más baja a tabaquismo.

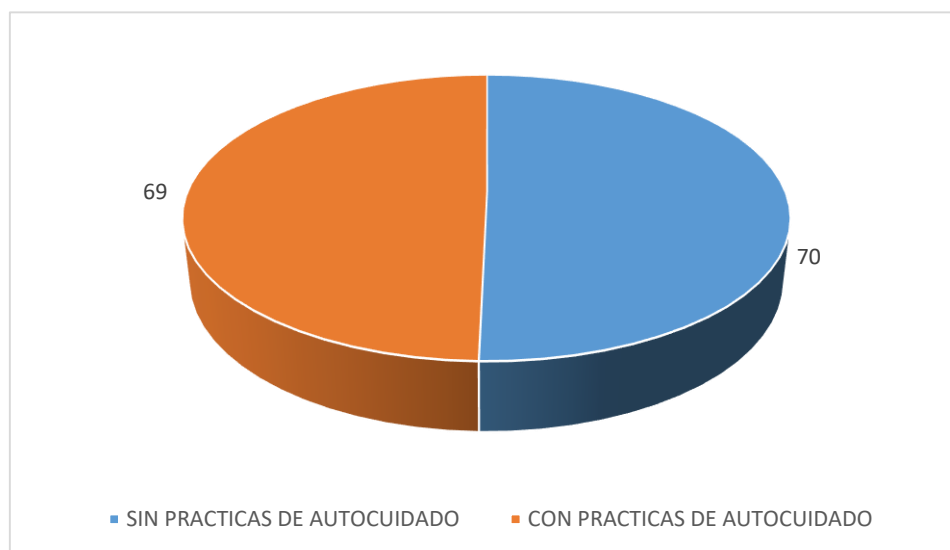
Tabla 2. Prácticas de autocuidado para la diabetes (n=139)

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Monitorización de glucosa	3.5	3	1	2.43	0	7
Alimentación saludable	3.98	5	5	1.5	1	7
Ejercicio físico	3.52	4	5	1.67	0	7
Cuidado de los pies	3.71	4	5	2.14	3	7
Uso de medicamentos	6.17	6	7	0.95	3	7
Tabaquismo	0.50	0	0	0.8	0	3

Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

En relación al índice de actividades de autocuidado para la diabetes (SDSCA) se reportó el 50.4% (70) sin prácticas de autocuidado y 49.6% (69) con prácticas de autocuidado (Grafica 6).

Gráfica 6. Índice de actividades de autocuidado para la diabetes.



Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

Se compararon las características sociodemográficas con el índice de actividades de autocuidado para la diabetes, los resultados observados se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas e índice de actividades de autocuidado para la diabetes.

Característica		SIN PRACTICAS DE AUTOCUIDADO		CON PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-30 años	4	5.7	8	11.6
	31-40 años	13	18.6	13	18.8
	41-50 años	22	31.4	21	30.4
	51-60 años	31	44.3	27	39.1
Sexo	Masculino	35	50	31	44.9
	Femenino	35	50	38	55.1
Escolaridad	Analfabeta	7	10	0	0
	Primaria	19	27.1	0	0
	Secundaria	36	51.4	4	5.8
	Bachillerato	7	10	28	40.6
	Licenciatura	1	1.4	37	53.6
Estado civil	Soltero	9	12.9	9	13.1
	Casado	34	48.6	27	39.1
	Unión libre	24	34.3	26	37.7
	Viudo	3	4.3	7	10.1
	Otros	0	0	0	0

Fuente (n=139), Barrientos B, Pino CN. Índice de autocuidado en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 9, 2023.

DISCUSIÓN.

De manera inicial se analizaron las características sociodemográficas de la población de estudio, y realizaron las comparaciones en relación al índice de actividades de autocuidado para la diabetes con la finalidad de contar con un panorama más amplio del contexto en el que se desarrolló el estudio.

En relación a los grupos de edad analizados se encontró que el rango de edad de mayor índice de prácticas de autocuidado correspondió a las personas de entre 51 – 60 años de edad con un porcentaje de 39.1%, seguido de los de 41-50 años con un porcentaje de 30.4% de la población de estudio. De igual manera se analizó el sexo con mayor índice de autocuidado siendo el sexo femenino (55.1%) 38 pacientes el de mayor incidencia, esto en contraposición a lo reportado en el estudio realizado en la región de Warangal por Thungathurthi S, Thungathurthi S, Kumar V (2020); quienes encontraron una mayor prevalencia de autocuidado en hombres, aunque coincidían con el rango de edad analizado el cual era mayor en personas de más de 50 años, por lo que en mismo comenta que no se relaciona con un sustento biológico intrínseco, por lo que probablemente se asocie a determinantes de índole ambiental, tales como la obesidad, el sedentarismo y la dieta, entre otros.

En cuanto a la escolaridad se observó que la mayor parte de la población de estudio que desarrollaba mayor índice de autocuidado de diabetes pertenecían a un nivel superior (53.6%), seguido del nivel medio superior (40.6%), esto corrobora lo reportado en el estudio realizado por Herrera-Lian A, et al; en Cartagena, Colombia (2019); donde la mayor parte de las personas con bajo índice de prácticas de autocuidado fue en personas de nivel primaria, y era exponencial en relación al nivel educativo.

El estudio realizado de igual forma en Colombia (2019); encontró que los pacientes con estado civil correspondiente a unión libre en un 59.1% era el que presentaba mayor índice de autocuidado, en contraposición al presente estudio realizado en el cual el estado civil con mayor índice de prácticas de autocuidado fue en pacientes casados (39.1%) en un nivel casi equivalente a los que estaban en unión libre (37.7%) lo cual se presupone se debe a que el estudio se realizó en un país donde el matrimonio cumple un factor importante como pilar social y a su vez crea mejores redes de apoyo y colaboración familiar.

Así mismo se analizaron las prácticas de autocuidado de manera específica para identificar la prevalencia de cuales de ellas se realizan en mayor promedio con base a la cantidad de días realizadas por los pacientes en estudio; de las cuales se observó cómo puntuación alta (media 6) el uso de medicamentos como practica de autocuidado de mayor prevalencia en conjunto con la práctica de no fumar (media 0); tomando en consideración que esta variable se analizó a la inversa en relación a los días y a quienes eran o no fumadores; y en segundo lugar la alimentación (media 5), como bien lo comento Rodríguez et al. (2019) en su estudio, el cual menciona que la adherencia a la dieta y otras prácticas de autocuidado es un comportamiento medular para evitar las complicaciones de esta enfermedad y controlar los niveles de glucosa en sangre.

Si bien esta investigación tuvo como objetivo determinar el índice de autocuidado en el paciente que vive con diabetes tipo 2 se utilizaron análisis básicos de frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión; además de estimación de medias y proporciones con intervalo de confianza, comparando las medias de las variables cuantitativas hasta la obtención de resultados entre los diferentes grupos. Los resultados fueron contrarios a lo encontrado por Muñoz y colaboradores (2019); donde aplicando una escala y una muestra de paciente similar a la empleada en este estudio, se encontró que

un 78% de los pacientes tenían conocimiento y prácticas de autocuidado para diabetes, en contraparte a lo encontrado en este estudio el cual 49.6% presento prácticas de autocuidado de diabetes casi en equivalencia a los pacientes que no presentaban dichas prácticas de autocuidado.

Por lo que determinando este resultado se rechazó la hipótesis de investigación formulada corroborando la hipótesis nula; tomando en cuenta que se tuvo un resultado casi equitativo y que solo se estableció la confirmación de la hipótesis con fines de mejora y reforzamiento de las diferentes prácticas de autocuidados con la finalidad de mejorar el índice de autocuidado de nuestros pacientes de la UMF 9 y su control glucémico, de esta manera evitando complicaciones futuras asociadas a las DM2.

CONCLUSIONES.

Una de las principales ventajas del presente estudio fue el uso del índice de actividades de autocuidado para la diabetes (SDSCA), como herramienta para evaluar estas prácticas de autocuidado, diseñado para su aplicación en pacientes diabéticos y con un punto de corte bien establecido en relación al promedio de cada de una de las prácticas de autocuidado con un punto de corte a partir de 5 días, esto permitió una mejor diferenciación entre los pacientes con prácticas de autocuidado y aquellos sin prácticas de autocuidado de diabetes, en contraste con otras investigaciones donde se analizaron las mismas variables utilizando el cuestionario BERBES, cuya interpretación dificultó detectar a los sujetos con prácticas de autocuidado por no tener un rango de referencia establecido y utilizar otros cuestionarios como apoyo para realizar una adecuada intervención con respecto al índice de actividades de autocuidado para la diabetes.

Este trabajo presento como única limitación que la versión validada del SDSCA para la población mexicana no incorporaba el segundo ítems sobre el autocuidado de los pies, por lo que al momento de aplicar las encuestas a algunos pacientes y correlacionar esa pregunta con su vida diaria no sabían cómo interpretarla y responderla, lo que pudo causar confusión al momento de hacer la interpretación y selección de respuesta de ese ítems, siendo de igual importancia para el análisis del cuestionario.

Así mismo, este trabajo nos permite establecer un enfoque de implementación de programas educativos a nivel institucional y que pueda ser un punto de partida para futuras investigaciones en el que se refuercen dichas prácticas autocuidado y su implementación continua en la consulta con la finalidad de beneficiar en un control progresivo y permanente de los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2.

La validación de este instrumento y fácil aplicación en la consulta externa nos permite evaluar conductas de autocuidado en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2. De igual manera, conocer el contexto en el que se desenvuelven estos pacientes, mediante la descripción de los antecedentes más prevalentes nos permitirá entender como estos afectan o benefician en el desarrollo de conductas de autocuidado, entendiendo estas como actividades iniciadas de forma consciente y con un proceso de aprendizaje, centradas en un objetivo específico y siendo un elemento nuclear en el abordaje continuo de esta enfermedad.

CONFLICTO DE INTERÉS

El investigador declara no tener ningún conflicto de interés en relación con la tesis.



















CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9

Autores: Barrientos López Boanerges ¹, Pino Hernández Carlos Noé².

1 Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF No.9 CDMX IMSS

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor adjunto curso de especialización en Medicina Familiar. UMF No.9 CDMX IMSS

	2023											
	Ene		Mar		May		Jul		Sep		Nov	
	Feb		Ab		Jun		Ago		Oct		Dic	
RECOPIACIÓN DE DATOS BIBLIOGRAFICOS / AJUSTE DE PROTOCOLO												
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO, REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO												
ENVÍO A EVALUACIÓN POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD												
PRESENTACIÓN AL COMITÉ DE ÉTICA												
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO Y RECOLECCION DE DATOS.												
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.												
RESULTADOS.												
REDACCIÓN FINAL.												

Acotaciones	
	Actividades programadas
	Actividades realizadas

Elaboró: Barrientos López Boanerges

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Toro M del CC, Garcés CRR. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados (Family functionality in diabetic and hypertensive patients compensated and descompensated) [Internet]. Theoria; 2020 [citado 22 Marzo 2023]; 41–50. Disponible en <https://revistas.ubiobio.cl/index.php/RT/article/view/1268>
2. Méndez López D, Gómez López V, García Ruiz M, Pérez López J, Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2019; 42: 281-284.
3. Mar García J, Peñarrieta de Córdova I, León Hernández R, Gutiérrez Gómez T, Banda González O, Rangel Torres S, et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Enfermería universitaria; 2019 [citado 21 Marzo 2023]; 14(3): 155–61. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300155&lang=es
4. Asociación Latinoamericana de Diabetes [Internet]. ALAD. 2021 [citado 21 Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.revistaalad.com/>
5. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. ENSANUT Diseño conceptual. 2022 [citado 21 Marzo 2023]. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2019/doc/ensanut_2019_diseno_conceptual.pdf
6. Ávila Jiménez L, Cerón OD, Ramos Hernández RI, Velázquez LL. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2 [Internet]. Revista médica de Chile 2020. [citado 21 Marzo 2023]; 141(2):173–80. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200005&lang=es
7. American Diabetes Association [Internet]. ADA. 2021 [citado 20 Marzo 2023]. Disponible en https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/44/Supplement_1/S15.full.pdf
8. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención [Internet]. IMSS. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
9. Fernández A, Abdala TA, Alvara EP, Tenorio GL, Cruz S, Dávila R. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Méd Quir 2019; 17(2):94-99.
10. Rodríguez CD, Díaz-González AE, García J. C. Un Instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes

diabéticos [Internet]. Enseñanza e Investigación en Psicología, 2019; 18(2):263-276. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228336004>

11. Thungathurthi S, Thungathurthi S, Kumar V. Self-care knowledge on diabetes among diabetic patients in Warangal region. *Pharmaceutical Science*. 2020; 2(2):16-21.
12. Herrera-Lian A, et al. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado. *Cartagena. Av. Enferm* 2019; 30(2):39-46.
13. Ariza CG, Ureña A. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 una intervención conjunta: educación dietológica y ejercicio físico. *Rev. Atención Primaria España*. 2019;43(8):398-406.
14. Bralić LV, Bergman MB, Vrdoljak D. The association of lifestyle and stress with poor glycemic control in patients with diabetes mellitus type 2: a Croatian nationwide primary care cross-sectional study. *Croat Med J*. 2020; 56(4):357–65.
15. Gonzalez M, Chapman VF. Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Rev. Med Geny Fam España*. 2019; 4(1):10-15.
16. Arteaga Rojas E, Martínez Olivares MV, Romero Quechol GM. Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 2019 [citado 21 Marzo 2023];27(1):52–9. Disponible en <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87304>
17. Martínez JA, Simal AA, Romero FB. Tratamiento de la diabetes mellitus. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2020; 24(2):33–43.
18. Hospital General de México [Internet]. Guías clínicas: Diabetes Mellitus 2020 [citado 17 abril de 2023]. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/medinterna/guias_diagnosticas/1_diabetismellitus.pdf
19. Monjamed Z, Ali M, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications [Internet]. *Hayat*; 2019 [citado 24 Mar 2023];12(1):55–66. Disponible en https://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-25-219&sid=1&slc_lang=en
20. Shrivastava et al. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2019; 12(14):1-5.
21. American Association of Diabetes Educators: AADE7 Self-Care Behaviors. *Diabetes Educ* 2021, 34:445–449.

22. Rodbard HW, Blonde L, Braithwaite SS, et al. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus: the AACE system of diabetes self-management. *Endocr Pract.* 2021; 8(1):41-84.
23. American Diabetes Association. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care* 2019; 37(1):144-154.
24. Peyrot M, Rubin RR, Funnell MM, Siminerio LM. Access to diabetes self-management education: results of national surveys of patients, educators, and physicians. *Diabetes Educ* 2021; 35:246-263.
25. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2020; 29(1):78-85.
26. Salamanca A, Giraldo C. Modelos cognitivos y cognitivo sociales en prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardista Psicológica Clínica Teórica y Práctica* 2019; 2(2):185-202.
27. Baumann LC, Dang TN. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *The Nurse Practitioner.* 2021;37(3):32–8.
28. Pandey A, Tripathi P, Pandey R, Srivatava R, Goswami S. Alternative therapies useful in the management of diabetes: A systematic review. *J Pharm Bioallied Sci* 2019; 3(4): 504–512.
29. García Huidobro D. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Revista médica de Chile.* 2020;138:1463–4.
30. Caro Bautista J, Morilla-Herrera JC, Villa-Estrada F, Cuevas Fernández M, Lupiáñez Pérez I, Morales Asencio JM. Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. *Atención Primaria*; 2019 [citado 19 Mar 2023];48(7):458–67. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715003388>

ANEXOS

ANEXO 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (Adultos)

Lugar y fecha: _____

No. de registro institucional _____.

Título del protocolo: INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9

Justificación y objetivo de la investigación: Se me ha invitado a mí y a los pacientes diabéticos entre 18 y 60 años de edad a participar en un protocolo de investigación que consiste en identificar el índice de autocuidado en salud en los pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Unidad Médica Familiar No 9 "San Pedro de los Pinos" en el periodo de Julio a Octubre del 2023, con la finalidad identificar las acciones centrada en el cuidado que yo tengo, con el objetivo de ser orientados más adelante por el médico que lleva mi control en las medidas de autocuidado y retrasar la progresión de complicaciones.

Procedimientos y duración de la investigación: En caso de que yo acepte participar en el estudio, el investigador me ha informado que se me invitará al aula de enseñanza de la UMF 9 (ubicada en el 2 piso) para recolectar datos como escolaridad, estado civil y ocupación que tengo al momento, se me aplicará un cuestionario sobre las actividades que yo realizo en función al autocuidado de mi enfermedad (Diabetes Mellitus tipo2), el cual contestare de manera individual y/o con ayuda del investigador. El investigador me ha informado que el tiempo requerido para llevar a cabo dichas acciones será de 10 minutos.

Riesgos y molestias: Estudio de mínimo riesgo. Se me dio a conocer datos sobre las acciones relacionadas al autocuidado y control glucémico, lo que puede llegar a representar incomodidad, frustración o desacuerdo, que podre externar sin restricción alguna. Así mismo podré ser libre de no contestar las preguntas si esto me genera incomodidad. En caso necesario y de acuerdo con mi necesidad tendré oportunidad de solicitar tratamiento específico a través de mi Médico Familiar.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Los resultados del presente estudio contribuirán a obtener evidencia científica que identifique las acciones necesarias por mi médico tratante lo que ayudara en un futuro a ejercer una mejora en mi control como paciente que vivo con diabetes y tener una mejor calidad de vida. Recibiré de parte de los investigadores un tríptico sobre las ventajas del autocuidado y control de mi glucosa.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información si así lo deseo, de forma confidencial sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Clave: 2810-009-014

Participación o retiro: Yo tengo el derecho de renunciar al estudio en cualquier momento que así lo deseo y sin tener alguna consecuencia negativa por ello en la atención que recibo de la Institución.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada como son datos de identidad en el cuestionario, no se dará a conocer públicamente y serán manejados de forma estrictamente confidencial, la información será analizada y presentada para su difusión correspondiente de forma grupal y no individual.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podré dirigirme a:

Investigador Responsable: Carlos Noé Pino Hernández, Médico Familiar. Médico Adscrito A Medicina Familiar. Matricula: 99356604. Unidad De Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N°9. Teléfono y horario: 5552770077 Ext 21420. Correo Electrónico: carlos.pino.hernandez@gmail.com. Lunes a viernes de 14:00 a 20:00 hrs

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme a:

Comité de Ética de Investigación del IMSS: Hospital Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58 71, Correo electrónico: conbioeticaogr@gmail.com

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán

Boanerges Barrientos López

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014

ANEXO 2.

CUESTIONARIO SDSCA (AUTOCUIDADO)

INDICE DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9

Investigador Principal: CARLOS NOE PINO HERNANDEZ, Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 99356604, Lugar: Medicina familiar, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 9 San Pedro de los Pinos, IMSS Tel 55-32-21-39-18, Fax: Sin Fax. Correo electrónico: carlos.pino.hernandez@gmail.com. BOANERGES BARRIENTOS LOPEZ, Médico Residente de del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Matrícula: 97379485, Lugar: Medicina familiar, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 9 San Pedro de los Pinos, IMSS Tel 5543158094. Fax: Sin Fax. Correo electrónico: yail_123@hotmail.com

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

INTRUCCIÓN: Las cuestiones de abajo preguntan sobre sus actividades para el autocuidado de su diabetes durante los últimos 7 días. Rodee con un círculo el número que corresponde con su respuesta.

DIETA

1. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha seguido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha comido cinco o más porciones/raciones de frutas y vegetales?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha comido alimentos ricos en grasas como carnes rojas o productos lácteos enteros?

0 1 2 3 4 5 6 7

EJERCICIO

4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuantos días ha realizado usted por lo menos 30 minutos de actividad física? (Minutos totales de actividad que incluye caminar)

0 1 2 3 4 5 6 7

5. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha realizado una sesión específica de ejercicios (tales como natación, caminata, o ciclismo) aparte de lo que hace usted en su casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA

6. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días se ha monitorizado su glucosa en su domicilio?

0 1 2 3 4 5 6 7

7. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días se ha realizado la monitorización de su glucosa en el número de veces que le han sido recomendados por su médico tratante?

0 1 2 3 4 5 6 7

CUIDADO DE LOS PIES

8. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días se ha revisado los pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

9. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días realiza inspección del interior de sus zapatos?

0 1 2 3 4 5 6 7

USO DE MEDICAMENTOS

10. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha tomado adecuadamente sus medicamentos de control de su glucosa prescritos por su médico tratante?

0 1 2 3 4 5 6 7

TABAQUISMO

11. ¿Fuma?

0. No

1. Si.

12. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha fumado algún cigarrillo?

0 1 2 3 4 5 6 7

DIABETES MELLITUS TIPO 2 E INDICE DE AUTOCUIDADO.



ELABORADO POR:
**Boanerges Barrientos
López.**

Médico Residente de Medicina Familiar de la
UMF No 9 "San Pedro de los Pinos".

1. Pérez Díaz I. Diabetes mellitus [Internet]. Instituto Nacional de Ciencias Médicas 2020 [citado 20 Marzo 2023]; 20(3):160-75.

Disponible en

https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/s1/GMM_152_2016_S1_050-055.pdf

2. American Diabetes Association [Internet]. ADA. 2021 [citado 20 Marzo 2023]. Disponible en

https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/44/Supplement_1/S15.full.pdf

3. Fernández A, Abdala TA, Alvara EP, Tenorio GL, Cruz S, Dávila R. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Méd Quir 2019; 17(2):94-99.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Es una enfermedad crónica que se manifiesta por los niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre.

Estos niveles altos de azúcar en la sangre (hiperglucemia), se debe a que el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina, no logrando pasar el azúcar de la sangre a los órganos por lo que aumenta la cantidad de azúcar en sangre por encima de los normal.



¿Qué es el autocuidado?

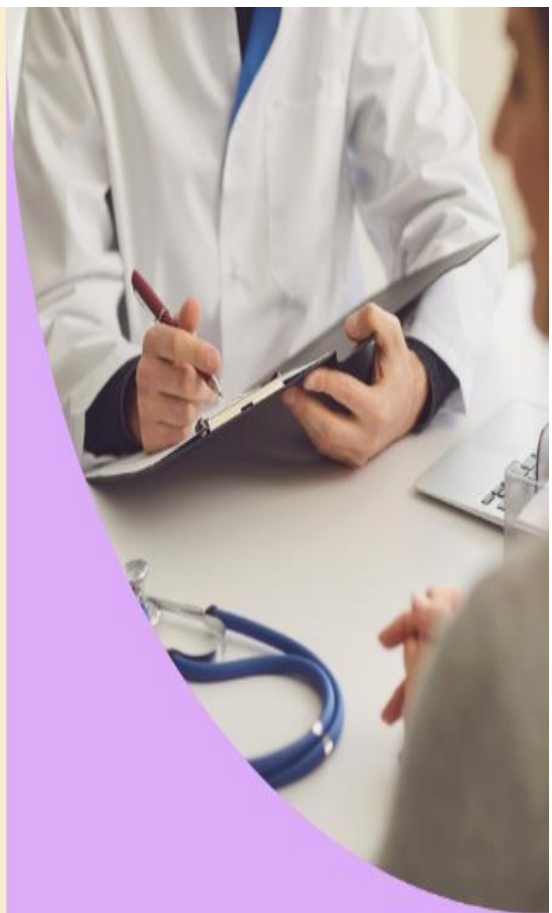
Acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal.

Son las 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.



Recomendaciones de Autocuidado para un control en pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2.

- Controle que los niveles de azúcar en sangre se mantengan dentro de los valores normales.
- Mantenga su peso adecuado.
- Deberá tener una evaluación periódica de sus dientes y de sus ojos.
- Consulte a su nutriólogo para el consumo de una buena alimentación.
- Realice ejercicio físico todos los días.
- Evite el consumo de azúcar y grasas.



- Tome estrictamente los medicamentos indicados por su médico.
- No consuma tabaco ni alcohol.
- Cuide siempre sus pies.