



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA**



Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en enfermería

Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente"

Coordinación De Enseñanza De Enfermería

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

PESS: Cruz Heras María Fernanda

Periodo: 01 agosto 2020 a 31 de julio 2021

Vo.Bo. Mtra. Lilia Cruz Rojas

AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

DR. FERNANDO FERNANDEZ PÉREZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

LEO. MARTINEZ RAMIREZ EMMA
COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN ENF.

ROJAS MEJIA ZITA
JEFE DE ENFERMERIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
General	9
Específicos	9
HIPOTESIS.....	9
MARCO TEORICO.....	10
I. DIABETES MELLITUS.....	10
I.I Diabetes mellitus tipo 2	10
I.I.II Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II	10
II. AUTOCUIDADO	11
II.I Autocuidado según Dorothea Orem	11
II.II Autocuidado de la diabetes.....	12
III. ESTILOS DE VIDA.....	13
IV. ESTRATEGIA MUNDIAL: META GENERAL DE SALUD	13
La meta general de la estrategia es promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física.....	13
V. DIETA	14
VI. ACTIVIDAD FÍSICA	14
MARCO LEGAL.....	16
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA02-2010, PARA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS.	16
LEY GENERAL DE SALUD.....	16
LEY DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA EL DISTRITO FEDERAL	17
MARCO REFERENCIAL.....	18
Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	18
Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado. ...	18
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
Criterios de inclusion, exclusion y eliminación.....	20
DIAGRAMA DE GANTT	22
INTERPRETACION Y REPRESENTACION DE RESULTADOS	23
DISEÑO DEL INSTRUMENTO	23
VARIABLES.....	24
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25

BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	30
ANEXO I. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	32

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades infecciosas ceden su protagonismo, respecto a la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados, un ejemplo de ello es la diabetes mellitus. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2014 la prevalencia global de esta enfermedad fue del 9 % entre los adultos mayores de 18 años; en tanto en el 2012, fallecieron 1, 5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Según proyecciones de la OMS, dicha enfermedad será la séptima causa de mortalidad en el 2030.

La enfermería, en la relación de cuidado, se ha dedicado a velar por el sujeto durante la experiencia de salud-enfermedad; en la actualidad es motivo de investigación el identificar en las personas la capacidad que tienen para satisfacer sus necesidades básicas y cumplir con un autocuidado adecuado, conservar elevados los niveles de autoestima y autoconcepto, a lo que se denomina capacidad de agencia de autocuidado. Esta integra un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer, y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

Por estos motivos el presente trabajo tiene como finalidad identificar el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II, puesto que se ha demostrado que implementar estrategias eficaces para fomentar el autocuidado en pacientes con esta patología, ha contribuido a que los pacientes mejoren sus cuidados y por consiguiente eleven su calidad de vida.

En los diferentes apartados de este protocolo de investigación se pretende hacer énfasis en que la vida de una persona diabética debe girar sobre cuatro pilares básicos: formación, educación e información; alimentación, actividad física y medicación; que básicamente corresponden al autocuidado.

Se toma como instrumento para llegar al antes mencionado objetivo el resumen de actividades de autocuidado en diabetes, instrumento que ha reportado una alfa de Cronbach de .68 Contiene un total de 18 ítems, entre ellos, reactivos que miden las prácticas de autocuidado de la diabetes en los últimos siete días entre las que se encuentran: alimentación con cinco reactivos, ejercicio con dos, el auto monitoreo con dos, cuidado de los pies con cuatro y adherencia a medicamentos.

Dicho instrumento se aplicará a pacientes del servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel de atención, que se encuentren diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, y que se encuentren en el rango de edad de entre los 30 y 60 años.

Al final se hace referencia de como serian graficados los resultados que arrojará dicha investigación. Y de este modo elaborar un manual de autocuidado para personas con diabetes mellitus tipo II, haciendo hincapié sobre la importancia del cuidado en el área específica en donde el autocuidado sea más deficiente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que el número de individuos con diabetes ha aumentado de 108 (4,7%) millones en 1980 a 422 (8,5%) millones en 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en los adultos ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos¹.

El déficit de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores consecuencia del pie diabético.

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad.

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evasión del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición.

Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones¹.

Cabe mencionar que los ingresos hospitalarios son en su mayoría pacientes que están diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Según estadísticas epidemiológicas del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente" aproximadamente el 5.7% de ingresos hospitalarios fueron pacientes con diabetes mellitus en 2016. Porcentaje que representa un aproximado de 2990 personas^{2,16}.

¿Cuál es el nivel de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo II?

JUSTIFICACIÓN

El autocuidado es una de las prioridades para la salud, como respuesta a las demandas actuales, es una acción individual influida por factores personales, culturales y sociales.

El presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE), Andoni Lorenzo, afirma que la vida del diabético “puede ser muy fácil” puesto que, si se siguen las recomendaciones, “reducirían drásticamente las complicaciones y mejoraría notablemente la calidad de vida”. Lorenzo explica que la vida de una persona diabética debe girar sobre cuatro pilares básicos que fueron ya antes mencionados².

Un mal autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II, es un factor desencadenante de múltiples complicaciones que traen consigo una avalancha de situaciones que favorecen la disminución de la calidad de vida de los mismos; del mismo modo, esto repercute en los costos intrahospitalarios, puesto que a mayor complicación mayor es el financiamiento del tratamiento que los pacientes requerirían.

Cabe mencionar que el fomento del buen autocuidado a los pacientes con diabetes mellitus tipo II podría mejorar considerablemente su nivel en calidad de cuidados y calidad de vida.

OBJETIVOS

General

Identificar el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de segundo nivel de atención.

Específicos

- ❖ Conocer el nivel de autocuidado de acuerdo a alimentación, actividad física, cuidados de la piel, auto monitoreo continuo y apego terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de segundo nivel.

- ❖ Definir intervenciones educativas para aumentar el desarrollo de capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de segundo nivel.

- ❖ Implementar estrategias educativas en cuestión de alimentación, higiene y actividad física en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de segundo nivel.

HIPOTESIS

El nivel de autocuidado es deficiente en el 90% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

MARCO TEORICO

I. Diabetes mellitus

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no produce insulina en cantidades suficientes o cuando el organismo no utiliza de una manera adecuada la insulina que produce. La cual es una hormona que regula los niveles de azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del nivel de azúcar en la sangre), que con el tiempo es perjudicial para muchos órganos y sistemas, especialmente el sistema nervioso y circulatorio¹.

I.I Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. A nivel mundial, es la que se presenta en mayor cantidad y se debe en gran medida al sobrepeso, obesidad, malos hábitos alimenticios y a la falta de actividad física. Debido a que su sintomatología no se manifiesta marcadamente la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones³.

I.I.II Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios: los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular⁴.

La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación⁴.

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes⁴.

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal crónica⁴.

La diabetes mellitus tipo 2 lleva consigo una serie de situaciones que comprometen el control adecuado en los pacientes, lo cual favorece la aparición de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización.

México enfrenta múltiples problemas que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar el apego terapéutico⁵.

El mal control metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y a que no se dé la pronta incorporación de los pacientes detectados al tratamiento^{2,5}.

En consecuencia, la asociación de altas tasas de comorbilidad incide en la gravedad de la diabetes y la presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vasculares por la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos y de seguimiento a los pacientes. La escasa utilización de intervenciones eficaces deriva en que hasta el momento no se ha utilizado la evidencia científica disponible en la materia como base para una mejor atención. La insuficiencia de recursos es otro de los factores que inciden en la magnitud de la diabetes en México⁵.

II. Autocuidado

La definición etimológica del autocuidado está conformada por dos partes según la cultura griega “cultivo de sí mismo”. De la cual se conforma auto del griego αὐτο se significa “propio” o “por uno mismo” por lo tanto en “cuidado” proviene del latín cogitātus que significa con “pensamiento”⁶.

De acuerdo a la OMS el termino autocuidado es todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de establecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades, esto comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas⁷.

II.I Autocuidado según Dorothea Orem

Dorothea Orem dio significado al autocuidado como una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, con el objetivo

de mantener su vida y su estado de salud; ya que son necesarios para mantener sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específico, factores del entorno y niveles de consumo de energía para cada individuo⁸.

Por tanto se asume el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo^{7,8}.

Su teoría de déficit de autocuidado expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

Dicha teoría muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la capacidad de autocuidado.

Cuando existe déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que es lo que Orem propuso para aumentar la capacidad de autocuidado, así que, pueden ser intervenciones de tipo: parcialmente compensatorio: (cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas), totalmente compensatorio (cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado; implica una dependencia total), y de apoyo educativo (cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado)⁸.

II.II Autocuidado de la diabetes

Con lo anterior podríamos definirlo como la práctica de acciones de autocuidado que lleva a cabo el adulto diagnosticado con diabetes tipo 2 con la finalidad de⁹:

- a) cumplir con el tratamiento médico prescrito.
- b) búsqueda de atención médica para atender signos y síntomas de la diabetes.
- c) aprender a vivir con la enfermedad, lo que implica adaptarse a la diabetes e identificación de barreras del medio ambiente.

El tratamiento médico típico en los pacientes con diabetes tipo 2 consiste en llevar a cabo la dieta, ejercicio, medicación (hipoglucemiantes) y automonitoreo de la glucosa⁹.

III. Estilos de vida

La OM-C ha definido, el estilo de vida como: los aspectos relacionados con el comportamiento individual, en base a los patrones conductuales en un determinado plazo, en conjunto con una serie de actividades rutinarias como, horas de descanso, alimentación, recreación, actividad física, consumo de alcohol, cigarro, y otros estimulantes⁹.

El estilo de vida es un concepto complejo que ocupa un papel central en el estado salud-enfermedad de los seres humanos. Algunos de sus componentes que fueron antes mencionados se han asociado a la aparición, el curso clínico y control de la diabetes mellitus tipo 2 y sus múltiples complicaciones. La modificación de estos factores puede cambiar la historia natural de esta enfermedad. Reduciendo así el riesgo de aparición de complicaciones asociadas al mal autocuidado en personas con esta patología¹⁰.

III. Estrategia mundial: meta general de salud

La meta general de la estrategia es promover y proteger la salud a través de la alimentación sana y la actividad física. La OMS adoptó en mayo de 2004 la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud". Haciendo reconocimiento a que la mejora de la dieta y la promoción de la actividad física representan campo de oportunidad para elaborar y aplicar una estrategia que reduzca de manera eficaz la morbilidad mundial¹¹.

La Estrategia Mundial tiene cuatro objetivos principales¹¹:

- a) Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública.

- b) Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.
- c) Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores.
- d) Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física.

V. Dieta

Las dietas mal equilibradas son importantes factores de riesgo de enfermedades crónicas. Los informes de expertos nacionales e internacionales y las revisiones de la bibliografía científica actual hacen recomendaciones sobre la ingesta de nutrientes para prevenir las enfermedades crónicas y para llevar un control adecuado de las mismas.

Con respecto a la dieta, las recomendaciones, tanto poblacionales como individuales, deben consistir en^{10,11}:

- a) Lograr un equilibrio calórico y un peso saludables.
- b) Reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans.
- c) Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- d) Reducir la ingesta de azúcares libres.
- e) Reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada.

La mejora de los hábitos dietéticos es un problema de toda la sociedad, y no solo de cada uno de los individuos que la componen. Por consiguiente, requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales¹¹.

VI. Actividad física

La OMS considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica¹¹.

Por lo que recomienda practicar actividad física por lo menos 150 horas a la semana³.

MARCO LEGAL

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA02-2010, Para prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

11. Tratamiento y control de la diabetes mellitus.

El tratamiento eficaz de la diabetes mellitus tiene el objeto de aliviar signos y síntomas en las personas que la padecen, y así mantener un adecuado control metabólico, prevenir las posibles complicaciones, reducir la mortalidad por dicha patología o por alguna de sus consecuencias⁵.

Las personas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del equipo de salud, ya que el riesgo para desarrollar diabetes mellitus Tipo II y enfermedad cardiovascular es elevado, conforme a lo establecido en la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes; de primera intención se recomienda un control no farmacológico (dieta y ejercicio). Nutrición: Reducir la sobre-ingesta calórica, principalmente la ingesta de carbohidratos refinados y de grasas saturadas. El objetivo es lograr la reducción de al menos un 5 a 10% del peso corporal de acuerdo con el Manejo Nutricional de la diabetes mellitus tipo 2 y Obesidad. Ejercicio: Se recomienda ejercicio aeróbico mínimo 30 minutos al día durante 5 veces a la semana. El tipo e intensidad del ejercicio debe adaptarse a la edad y condiciones físicas de cada paciente donde se debe consultar Ejercicio en Diabetes mellitus y Obesidad. También es importante considerar las actividades y roles que tradicionalmente realizan tanto hombres como mujeres para sugerir acciones concretas en el cuidado y mantenimiento de su salud. El cambio de estilo de vida es por tiempo indefinido⁵.

Tratamiento farmacológico. Se llevará a cabo conforme a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes⁵.

Ley General de Salud

En su artículo 6°, refiere que:

Es recomendable proporcionar información y educación a la población sobre la importancia de la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y su relación con los beneficios a la salud; así como diseñar y ejecutar políticas públicas que

propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste eficientemente la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria¹².

Artículo 111, en el párrafo: II. Nutrición, orientación alimentaria y activación física¹².

Ley De Seguridad Alimentaria Y Nutricional Para El Distrito Federal

El 17 de septiembre de 2009 fue publicada en la gaceta oficial de Distrito Federal, en esta se establece que para efectos de esta Ley, se entiende por:

Alimentación correcta: la dieta que cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades, también la limitación del daño por las enfermedades ya existentes¹³.

Dieta completa: aquella que contenga todos los nutrientes que son requeridos para que el organismo pueda cumplir con sus diferentes funciones, para ello se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos (frutas y verduras, leguminosas y alimentos de origen animal y, cereales)¹³.

MARCO REFERENCIAL

Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En 2016 MSc. Yudmila María Soler Sánchez fundamentó que dentro de la promoción de salud en la educación diabetológica es importante considerar el autocuidado, ya que este se relaciona con las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud e incluye la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol¹⁴.

Realizo su estudio con el objeto de describir el nivel de conocimientos sobre diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al Policlínico Ángel Ortiz Vázquez del municipio Manzanillo. Un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. El universo de estudio quedó constituido por 87 pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados en ese período, la muestra fue de 22 pacientes. Se estudiaron las variables nivel de conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado y vías de información sobre la diabetes mellitus. Se empleó como técnica de recogida de información, la encuesta a pacientes diabéticos elaborada por los autores de la investigación. Resultados: se evidenció que el 90, 91 % presenta ausencia de autocuidado¹⁴.

Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado.

Por su parte Arleth Herrera Lían; menciona que la diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública por las repercusiones bio-psicosociales, la presencia de complicaciones neurovasculares y metabólicas en la persona que la padece. Enfermería cumple un papel importante a través de la educación y la capacitación¹⁵.

Su investigación tuvo el objetivo Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Metodología: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por Gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73.8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los

aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio. Entonces concluye que el apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado¹⁵.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque del estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

UNIVERSO POBLACIONAL DE ESTUDIO

Universo: Usuarios hospitalizados en un Hospital de segundo nivel.

Será llevado a cabo en el Hospital General "Dr. Juan Ramón de la Fuente".
Av. Ermita Iztapalapa número 3018. Col. Citlalli. Delegación Iztapalapa, C.P 09600, Ciudad de México, en el servicio de Urgencias adulto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

N (número de población)= 2990

K (confiabilidad)= 1.96

e (margen de error)= 5

p (prevalencia esperada del parámetro a evaluar)= 0.5

q= 1

n (tamaño de muestra) = 611

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

INCLUSIÓN:

- ✓ Los usuarios deben tener el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Usuarios con edad entre 30 y 60 años.
- ✓ Deben de ingresar al servicio de urgencias.

EXCLUSIÓN:

- ✓ Usuarios que no ingresen al servicio antes mencionado del Hospital.
- ✓ Usuarios que no tengan diabetes mellitus.
- ✓ Pacientes que se nieguen a consentir la recolección de datos.
- ✓ Pacientes con diabetes mellitus tipo 1, diabetes gestacional.

ELIMINACIÓN:

- ✓ Se tomaran como nulas aquellas escalas de medición que no se llenen completamente.

RECURSOS:

Recursos humanos:

P.T.E.G : Cruz Heras María Fernanda.

Asesor de protocolo de investigación: P.L.E: Fierro Pamela.

Recursos materiales:

Internet, hojas blancas, ordenador, pluma, fotocopidora, impresora, engrapadora, calculadora, lápiz, goma.

Recursos económicos:

Los gastos que genere este estudio serán costeados por la autora del protocolo de investigación.

DIAGRAMA DE GANTT

Tema/Fecha	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Titulo					
Cronograma (Tamaño de muestra)					
Búsqueda de información/ Instrumento de aplicación (Prueba piloto)					
Planteamiento del problema					
Objetivos/Hipótesis					
Justificación					
Marco teórico/Bibliografía					
Metodología					
Correcciones finales					

INTERPRETACION Y REPRESENTACION DE RESULTADOS

Posterior a la aplicación del instrumento se vaciaran los datos obtenidos en una base de datos para poder hacer su representación gráfica en frecuencia relativa y porcentajes.

Se graficará de acuerdo a variables el número de pacientes por sexo, por intervalos de edad, nivel de autocuidado con respecto a la alimentación, ejercicio, nivel de azúcar en sangre, cuidados de los pies, medicación y consumo de tabaco; así como una gráfica en promedio de los criterios anteriores.

En base a los resultados se elaborará un manual de autocuidado para el diabético en base a la guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes. Haciendo énfasis en la importancia del autocuidado, y definiendo los cuidados que deben de llevar a cabo para lograr tener una agencia de autocuidado adecuada.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Para medir el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se aplicara el Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA [por sus siglas en inglés]), instrumento que ha reportado una alfa de Cronbach de .68 (McEwen & Pasvogel, 2008). Contiene un total de 18 ítems, entre ellos, reactivos que miden las prácticas de autocuidado de la diabetes en los últimos siete días entre las que se encuentran: alimentación con cinco reactivos, ejercicio con dos, el auto monitoreo con dos, cuidado de los pies con cuatro y adherencia a medicamentos con dos, todos con opción a ocho respuestas que corresponden al número de días de la semana (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7) y que al final promedian los reactivos con puntajes de prácticas de autocuidado en forma general y para cada subescala de 0 a 7; a mayor promedio de días, mayores prácticas de autocuidado realizadas por el paciente con DT2. Además cuenta con dos últimos reactivos que evalúan el estado de fumador con opción de respuesta dicotomica; no y sí (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000). Para fines de éste estudio se dicotomizó 1) < 5 días = sin prácticas de autocuidado y 2) ≥ 5 con prácticas de autocuidado. (15)

Se realizan modificaciones, anexando datos sociodemográficos para cumplir con la finalidad del estudio.

VARIABLES

DEPENDIENDE:

Nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

INDEPENDIENTES:

- Edad
- Sexo
- Alimentación
- Ejercicio
- Nivel de azúcar en sangre
- Cuidados de los pies
- Medicación
- Consumo de tabaco

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ÍTEMS	VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
AUTO CUIDADO	El término autocuidado es todo aquello que las personas hacen por sí mismas con la intención de restablecer y preservar la salud.	Técnicas que realiza una persona para sí mismo para cuidar su salud y prevenir las enfermedades.	1-18	Sin autocuidado Con autocuidado	Nominal	1) < 5 días = sin prácticas de autocuidado 2) ≥ 5 con prácticas de autocuidado.
Alimentación	Es la ingesta de alimentos para satisfacer las necesidades dietéticas del organismo para el desarrollo y funcionamiento del mismo.	Consumo de alimentos de acuerdo a las necesidades del organismo.	1-5	No de días: 0 1 2 3 4 5 6 7	Ordinal	1) < 5 días = sin prácticas de autocuidado 2) ≥ 5 con prácticas de autocuidado.

Ejercicio	Movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo.	Realización de cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	6-7	No de días: 0 1 2 3 4 5 6 7	Ordinal	
Nivel de azúcar en sangre	Nivel de glucosa en la sangre.	Glicemia capilar.	8-9	No de días: 0 1 2 3 4 5 6 7	Ordinal	
Cuidado de los pies	Aquello que las personas hacen por sí mismas con la intención de preservar la salud de sus pies.	Revisar calzado, lavar sus pies y mantenerlos libres de humedad.	10-13	No de días: 0 1 2 3 4 5 6 7	Ordinal	
Medicación	Conjunto de medidas con cualquier sustancia	Procedimiento con cualquier sustancia química para	14-16	No de días: 0 1 2	Ordinal	

	química cuya finalidad se usan para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	prevenir, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o estado anormal.		3 4 5 6 7		
Fumar	Conducta de carácter adictivo.	Aspirar y despedir el humo producido por la combustión del tabaco o de otra sustancia herbácea.	17-18	0.No 1.Si	Nominal	
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la fecha actual.				Intervalo	30-40 41-50 51-60
Sexo	Género al que pertenece.			Hombre Mujer	Nominal	Hombre mujer

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet]. Ginebra; Centro de prensa, noviembre de 2016. [Consultado: 11-Diciembre-2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- 2.- Alexis Romero. Autocuidado del diabético. [Internet]. Noviembre 2015. [Consultado: 10-Junio-2017]. Disponible en: <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/digestivas/diabetes/2015/11/12/cuatro-pilares-autocuidado-diabetico-97227.html>
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Diabetes tipo 2. [Internet]. Ginebra; Centro de prensa, noviembre de 2016. [Consultado: 11-Diciembre-2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Complicaciones de la Diabetes. [Internet]. Ginebra; Centro de prensa, noviembre de 2016. [Consultado: 11-Diciembre-2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- 5.- Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. [Internet]. Ciudad de México; Cuauhtémoc, Noviembre 2010.Mod: 2016 [Consultado: 09-Junio-2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- 6.- Megias Adelaida. HOGARECOLOGI.CO- Autocuidado. [Online].Cd. México ;Abril 2015 [Consultado: 09-Junio-2017]. Disponible en: <http://www.hogarecologi.co/es/blog/autocuidado>.
- 7.- Álvaro Vargas. Autocuidado. [Internet]. Santiago, Chile ; región metropolitana, noviembre de 2015. [Consultado: 09-Junio-2017]. Disponible en: <http://alvarovargaslazcano.blogspot.mx/2016/11/el-autocuidado-segun-las-oms.html>
- 8.-Popper Cecilia. Teoría del Autocuidado-Dorothea Orem. [Internet]. Junio de 2011. [Consultado: 09-Junio-2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autocuidado-dorothea-orem>
- 9.- OM-C Salud. Estilo de vida. [Internet]. Ciudad de México; Noviembre 2014. [Consultado: 09-Junio-2017]. Disponible en: <http://www.omcsalud.com/articulos/un-estilo-de-vida-saludable/>

10.- JM. López-Carmona. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. . [Internet]. Thomson Reuters, Journal Citation Reports, 2015. [Consultado: 09-Junio-2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estilo-vida-control-metabolico-pacientes-13056494>

11.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial: Meta general. [Internet]. Ginebra; Centro de prensa, noviembre de 2016. [Consultado: 11-Diciembre-2016]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>

12.- Dip. José de Jesús Zambrano Grijalva, Sen. Roberto Gil Zuarth. Diario Oficial de la Federación [Internet]. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para el control del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. México, D.F. Secretaria de Salud; miércoles 14 de octubre de 2015. [Actualización: 18 de septiembre de 2016; consultado: 08 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref94_14oct15.pdf

13.- Marcelo Luis Ebrard Casaubon. Gaceta Oficial de Distrito Federal. [Internet]. Ley De Seguridad Alimentaria Y Nutricional Para El Distrito Federal. México, D.F. Asamblea Legislativa Del Distrito Federal IV Legislatura; 17 de septiembre de 2009. [Actualización: 17 de septiembre de 2015; consultado: 17 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Distrito%20Federal/wo39057.pdf>

14.- Soler S. Yudmila. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Arch Med Camagüey Vol20(3)2016. . [Internet]. Granma; Cuba, 2016. [Consultado: 10-junio-2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc163d.pdf>

15.-Herrera Arleth. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. [Internet]. Cartagena; Colombia, 2012. [Consultado: 10-junio-2016]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079/37474>

16.- Hospital General Iztapalapa [Base de datos en Internet]. Ciudad de México. c2016 [Citado: 02 de Marzo de 2017]. Disponible en: http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2015/inicio.html

ANEXOS

ANEXO I. Instrumento de la Investigación

RESUMEN DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES

Instructivo I. Selecciona la respuesta correcta, coloca una X dentro del recuadro correspondiente.

Nombre: _____.

Servicio: _____.

Sexo: Mujer. Hombre.

Edad: 30 - 40 años 41 – 50 años 51- 60 años

Alimentación:

1.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, ha seguido algún régimen alimenticio saludable?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. En promedio, durante el mes pasado ¿Cuántos días por semana ha seguido su régimen alimenticio?	0	1	2	3	4	5	6	7
3.¿Cuántos días, durante los últimos siete días comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.¿Cuántos días, durante los últimos siete días comió comidas altas en grasa tal como carne roja o productos lácteos enteros?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, ingirió los carbohidratos espaciándolos uniformemente a través del día?	0	1	2	3	4	5	6	7

Ejercicio:

6.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, hizo por lo menos 30 minutos de actividad física diaria?	0	1	2	3	4	5	6	7
7.¿Cuántos días, durante los últimos siete días participó en una sesión específica de ejercicio (Nadar, andar en bicicleta etc.) aparte de los quehaceres de su casa o la actividad de su trabajo?	0	1	2	3	4	5	6	7

Pruebas de azúcar en sangre

8.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, examinó su nivel de azúcar en sangre?	0	1	2	3	4	5	6	7
9.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, se examinó su nivel de azúcar en sangre el número	0	1	2	3	4	5	6	7

de veces que su proveedor le recomendó?								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Cuidado de los pies

10.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, se revisó los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7
11.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, inspecciono la parte de adentro de sus zapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7
12.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, se lavó los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7
13.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, seco entre sus dedos después de lavar sus pies?	0	1	2	3	4	5	6	7

Medicamentos:

14.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, tomó los medicamentos que le recetaron?	0	1	2	3	4	5	6	7
15.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, aplicó la inyección de insulina que le recetaron?	0	1	2	3	4	5	6	7
16.¿Cuántos días, durante los últimos siete días, tomó el número de pastillas que le recetaron?	0	1	2	3	4	5	6	7

Fumar:

17.¿Ha fumado cigarrillos en los últimos siete días?	0. No	1. Si
18.En su última visita al médico, ¿le preguntaron su estatus de fumador?	0. No	1. Si

¿Cuántos cigarrillos al día fuma?

ANEXO II. Consentimiento informado.

Estimado(a) Señor/señora

Por medio del presente se hace de su conocimiento que la pasante de enfermería del Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente” (Cruz Heras Ma. Fernanda) realizan un proyecto de investigación con el objetivo de Identificar el impacto de las intervenciones educativas para el desarrollo de capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la aplicación de un instrumento, por el cual se solicita su autorización, para la recolección de datos necesarios para fines de la investigación

Toda información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la investigadora del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. No existirá ningún riesgo que comprometa la salud y los resultados de este estudio serán utilizados con fines científicos.

No implica ningún riesgo su participación en este estudio. y tampoco implicara algún costo para usted.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar, no afectara de ninguna manera la forma en cómo le traten en los servicios de salud.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos se tan amable firmar.

Declaro que yo: _____ he quedado satisfecho con la información recibida he comprendido y resuelto mis dudas, por lo que doy mi consentimiento de que se aplique el instrumento e intervenciones para la investigación. Cabe mencionar que usted expresar cualquier duda con respecto al trabajo de investigación y será resuelta con información veraz y confiable.

Firma:

Fecha:

Nombre:

Acepto la aplicación del instrumento de investigación.