



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Tesis

**Conductas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2 en una
Comunidad de Guerrero**

Presenta

L. E. Ricardo Maganda Hernández

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Nombre del asesor

MCE. Guadalupe Rojas Morales

Puebla, Pue. México enero 2018



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

Temático

Capítulo I Introducción	
1.1 Problema de Investigación	01
1.1.1 Pregunta de Investigación.	03
1.2 Justificación	04
1.3 Objetivos General y Específicos	06
Capítulo II Marco de Investigación	
2.1 Marco Teórico	07
2.2 Definición de Términos	12
2.3 Revisión de la Bibliografía	13
Capítulo III Método	
3.1 Enfoque Metodológico	18
3.2 Diseño de la Investigación	18
3.3 Población Muestra y Muestreo	18
3.3.1 Procedimientos de Muestreo	18
3.3.2 Tamaño de la Muestra	18
3.4 Criterios de Selección	18
3.4.1 Criterios de Inclusión	18
3.4.2 Criterios de Exclusión	18
3.4.3 Criterios de Eliminación	18
3.5 Procedimientos de Medición de Variables y Recolección de Datos	19
3.6 Instrumentos de Medición	19
3.7 Aspectos Éticos	20
3.8 Estrategias de Análisis de Datos	21
Capítulo IV Resultados	
4.1 Descripción	22
4.2 Discusión	36
4.3 Conclusión	38
4.4 Recomendaciones	38
Referencias Bibliográficas	39

Figuras

Figura 1. Marco conceptual de enfermería.	12
---	----

Tablas

Tabla 1. Confiabilidad del instrumento de medición	21
Tabla 2. Datos sociodemográficos	22
Tabla 3. Datos clínicos relacionados con la diabetes	23
Tabla 4. Información sobre los autocuidados	25
Tabla 5. Conductas de autocuidado de alimentación	26

Tabla 6. Conductas de autocuidado de ejercicio	28
Tabla 7. Conductas de autocuidado de pies	29
Tabla 8. Conductas de autocuidado de autocontrol de la glucemia	31
Tabla 9. Conductas de autocuidado tratamiento farmacológico	33
Tabla 10. Conductas de autocuidado de asistencia a las consultas para su control	35

Apéndices

Apéndices A. Carta de autorización de tema de investigación	43
Apéndices B. Carta de asesor principal	44
Apéndices C. Carta de co-asesor	45
Apéndices D. Cesión de derechos	46
Apéndices E. Oficio de solicitud de aplicación de encuestas	47
Apéndices F. Carta de consentimiento informado	48
Apéndices G. Instrumento	49
Apéndices H. Cronograma	55

Resumen

Introducción: La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común, y ha aumentado junto a los cambios culturales y sociales. En los países de renta alta hasta un 91% de adultos con la enfermedad tienen DT2. La FID estima que 193 millones de personas con diabetes no están diagnosticadas y tienen, por tanto, un mayor riesgo de desarrollar complicaciones; según la ADA medidas simples relacionadas con el estilo de vida como un peso corporal saludable, actividad física, dieta saludable, evitar el consumo de tabaco; son eficaces para prevenir la DT2 o retrasar su aparición.

Objetivo: Describir las conductas autocuidado que tienen los adultos con DT2 que residen en una comunidad Guerrero desde sus dimensiones de alimentación, actividad física, cuidado de pies, control de glucemia, tratamiento farmacológico y asistencias a su consulta para su control. **Método:** Estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 personas con DT2. **Resultados:** La mayoría de los participantes fueron mujeres (60%) de entre 30 y 59 años de edad; 72% tiene entre 1 y 10 años de haber sido diagnosticado con DT2; de la muestra total, aproximadamente el 50% no presenta ninguna complicación; las conductas de autocuidado en alimentación reflejan que menos del 25% *siempre* come de forma regular; el 70% realiza algún tipo de ejercicio; menos del 20% *siempre* cuida sus pies como se lo recomiendan; los controles de glucemia en casa *nunca* lo realizan el 80%; alrededor del 50% cumple con la cantidad y horarios de su medicación; y menos del 50% asiste a consulta con los profesionales sanitarios. **Conclusión:** El estudio permitió describir el autocuidado que tienen los participantes con DT2, dando un panorama general de las conductas que se deben de reforzar como es el caso del autocontrol de glucosa en sangre.

Palabras clave: Conductas, autocuidado, adulto, diabetes.

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de investigación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre la diabetes 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. En porcentajes la prevalencia de la diabetes ha pasado de 4.7% a 8.5% en la población adulta. Esto conlleva a un aumento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. La OMS refiere que en países de ingresos bajos y medianos es mayor el aumento de la prevalencia de la diabetes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común, y ha aumentado junto a los cambios culturales y sociales. En los países de renta alta hasta un 91% de adultos con la enfermedad tienen diabetes tipo 2. La FID estima que 193 millones de personas con diabetes no están diagnosticadas y tienen, por tanto, un mayor riesgo de desarrollar complicaciones. También refiere que en 2015 uno de cada 11 adultos tiene diabetes y estima que en 2040 un adulto de cada 10 tendrá diabetes; y que la diabetes en zonas rurales es de 145.1 millones en 2015 y en 2040 será de 163.9 millones (Federación Internacional de Diabetes [FID] 2015).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de Medio Camino 2016 encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4%, también se observó una mayor prevalencia de valores de la diabetes en las mujeres 10.3% que en los hombres 8.4%, esto con base a un diagnóstico previo de la enfermedad, también se observó que las complicaciones reportadas por los adultos diabéticos fueron: visión disminuida 54.5%, daño en la retina 11.2%, pérdida de la vista 9.9% y úlceras 9.1% en una de cada 10 personas diagnosticadas. Las

amputaciones se observaron en 5.5% y, por último, 46.4% de los adultos con diabetes no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones (Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles [OMENT], 2016).

En el estado de Guerrero, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más fue de 7.8%, similar a la reportada en la ENSANUT 2006 5.1%. La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres 8.5% que en hombres 7.1%, con una razón mujer: hombre 1:4. Tanto en hombres como mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años 10.0 y 11.5% respectivamente, la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más 14.1% y aumentó en mujeres de la misma edad 22.4% (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012).

La Asociación Americana de Diabetes, ADA por sus siglas en inglés, asegura que las personas con diabetes tipo 2 (DT2) que no tienen el tratamiento adecuado y los cambios recomendados en su estilo de vida puede presentar complicaciones en la piel, los ojos, en los nervios (neuropatías), los pies, cetoacidosis, nefropatía, derrame cerebral, síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (American Diabetes Association [ADA], 2015).

Actualmente, se están poniendo en marcha diversas estrategias de atención, con el objetivo de mejorar los cuidados. Todas ellas coinciden en que las personas sean capaces de gestionar, es decir de autocontrolar, su propia condición; el concepto de autocontrol se basa en dos principios fundamentales: la responsabilización de la persona en el cuidado de su salud y el empoderamiento en su diabetes; responsabilidad personal en el tratamiento: equivale a responsabilizarse en el seguimiento del tratamiento requerido para mantener bajo control la diabetes,

prevenir las complicaciones y mantener la calidad de vida; y el empoderamiento de la persona: hace referencia a favorecer la participación activa del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su diabetes (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], 2016).

Las personas con diabetes deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida. Los servicios de salud públicos y privados deben entregar programas de educación en diabetes desde que el paciente ha sido diagnosticado con esta patología hacia adelante. Además, hay que considerar que todos los escenarios pueden ser una buena instancia para la educación en diabetes; una hospitalización, la consulta con el podólogo, visita al dentista; La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes: comer sano, ser físicamente activo, monitorización, toma de medicamentos, resolución de problemas, reducción de riesgos, afrontamiento saludable (Hevia, 2016)

El autocuidado, que es una actividad que requiere de mucha disciplina y por lo tanto es difícil de llevarlo a cabo por los diabéticos. Debido a que no existe esa cultura de autocuidado las personas con diabetes resultan con más de una complicación y esto genera altos costos para el sector salud y también para las personas diabéticas ya que esto les impide llevar una vida de calidad.

1.1.1 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las conductas de autocuidado de adultos con diabetes tipo 2 en una comunidad del estado de Guerrero?

1.2 Justificación

Investigar sobre las enfermedades que acosan hoy en día al ser humano es de mucha utilidad para así establecer medidas de acción contra las mismas y aumentar el promedio y la calidad de vida. En esta ocasión se eligió a la DT2 por ser una de las enfermedades crónico degenerativas que va en aumento a nivel mundial y debemos conocer cómo combatirla.

La diabetes es una de las mayores emergencias mundiales de salud del siglo XXI. Cada año más y más personas viven con esta condición, que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida. Además de los 415 millones de adultos que actualmente tienen diabetes, hay 318 millones de adultos con tolerancia a la glucosa alterada, y a pesar de que se han realizado muchas investigaciones, se necesitan más estudios para proporcionar una imagen más precisa de la prevalencia de la diabetes. La mitad de todos los países y territorios en el mundo no tienen estudios a nivel nacional recientes, y sus estimaciones se basan en extrapolaciones de otros países similares (FID, 2015).

En la enseñanza a pacientes con enfermedades crónicas se requiere la participación de los diferentes integrantes del personal de salud, entre ellos, destaca el personal de enfermería, ya que en el cuidado que proporciona a pacientes hospitalizados está comprometida a otorgarla. Además, debe involucrar también a la familia, con el fin de ayudar a fomentar su participación y a tomar decisiones informadas sobre su atención, e incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención como el necesario una vez que el paciente es dado de alta. Por todo ello, se puede advertir la importancia de su implementación, especialmente en los pacientes que padecen una dolencia crónica como lo es la diabetes (Castro, Pérez & Salcedo, 2017)

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en su sección 11 de tratamiento y control informa que, en las personas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, de primera intención se recomienda la intervención no farmacológica dieta y ejercicio. Dicha recomendación se puede traducir en autocuidado, ya que la dieta y el ejercicio del individuo con DT2 recae sobre su propia responsabilidad (Secretaría de Salud [SSA], 2010)

De acuerdo con Dorothea Orem (1980), la teoría de déficit de autocuidado, describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente para mantener o restablecer su salud; conceptualiza el autocuidado como aquella práctica de actividades que hace el individuo para mejorar su estado de salud, y son aprendidas por la persona en su contexto sociocultural que inicia de manera voluntaria a fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. El profesional de enfermería encargado del cuidado de las personas con diabetes mellitus, debe identificar los factores condicionantes que inciden en la capacidad de autocuidado para poder conocer el tipo de acción de ayuda que debe brindar a estas personas y proporcionar un cuidado holístico que garantice su calidad de vida (Robles, López, Morales, Palomino & Figueroa 2014).

La inquietud de investigar sobre este tema surgió al observar que en una población cercana al puerto de Acapulco, existen personas con DT2 que presentan complicaciones relacionadas con la misma, a pesar de que según la ADA se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida como alcanzar y mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente, consumir una dieta saludable, evitar el consumo de tabaco; son eficaces para prevenir dicha patología o retrasar su aparición.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Describir las conductas autocuidado que tienen los adultos con DT2 que residen en una comunidad Guerrero desde sus dimensiones de alimentación, actividad física, cuidado de pies, control de glucemia, tratamiento farmacológico y asistencias a su consulta para su control.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Detallar los datos clínicos relacionados con la DT2.
- Especificar la fuente y la calidad de la información que recibe el paciente sobre los autocuidados.

Capítulo II

Marco de Investigación

2.1 Marco teórico.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guio el pensamiento de Orem fue: ¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación? El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es “la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal” Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica. La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem.

Los esfuerzos de Orem, trabajando individualmente y con otras compañeras, condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA). La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, “una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas” La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas. Estas cuatro categorías son: a) personas en localizaciones de espacio-tiempo, b) atributos o propiedades de estas personas, c) movimiento o cambio y d) productos llevados a cabo. Orem identificó cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos

conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros.

Son la visión de: a) persona, b) agente, c) usuario de símbolos, d) organismo y e) objeto. La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem. La autora afirmaba que adoptar una visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios.

La idea de persona como agente es básica en la TEDA. El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. Acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento.

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas: La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero

Autocuidado: El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Requisitos de Autocuidado: Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.

La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado

Requisitos de Autocuidado Universal: Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo: Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice*. Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo: *Provisión* de condiciones que fomentan el desarrollo, *Implicación* en el autodesarrollo. *Prevenir o vencer* los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

Requisitos de autocuidado en casos de desviación de la salud: Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso

mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería, la TEDA se expresa mediante tres teorías: *Teoría de sistemas enfermeros*, *Teoría de déficit de autocuidado* y *Teoría de autocuidado*.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos

están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales (Raile y Marriner 2011)

Figura 1. Marco conceptual para enfermería.

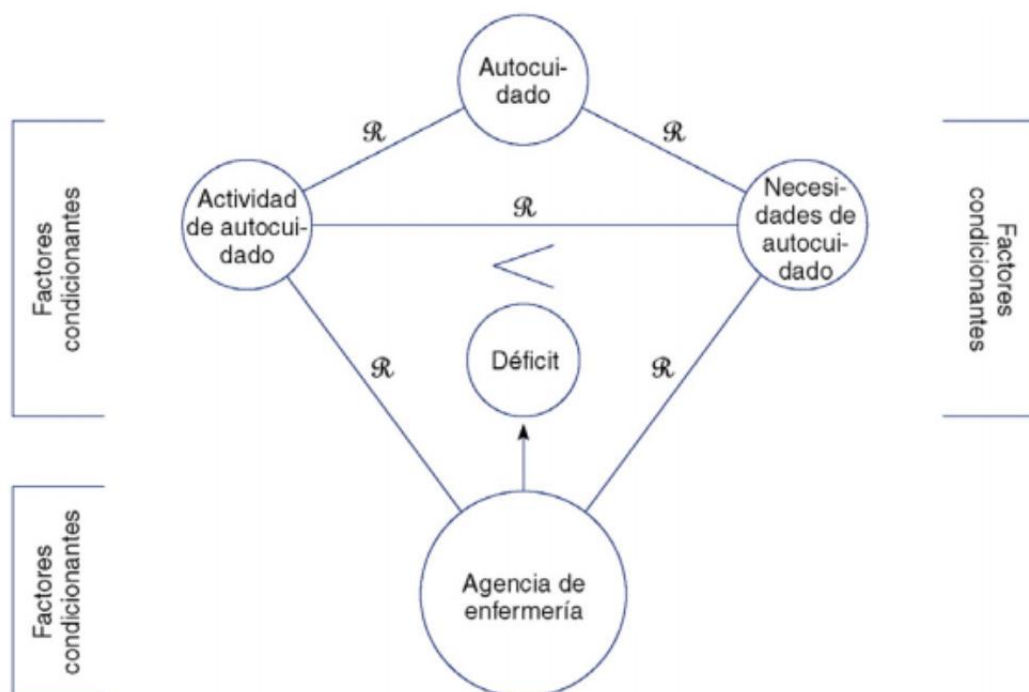


Figura 1. Un marco conceptual para la enfermería. R, relación; <, déficit de la relación actual o prevista (Raile y Marriner 2011).

2.2 Definición de Términos

- Definición conceptual

La *conducta*, se define como la manera con que las personas se comportan en su vida y acciones (Real Académica Española [RAE], 2014).

El *adulto* es el hombre o mujer que tiene una edad entre los 20 y los 59 años de edad (SSA, 2016).

El *autocuidado* consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y

continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Raile y Marriner 2011)

- Definición operacional

La *conducta de autocuidado* se midió mediante el cuestionario de las conductas de autocuidado en el régimen terapéutico de la DMT2.

El *adulto* se determinó tomando como referencia el año de nacimiento que aparece en la INE de cada uno de los participantes, para corroborar que se encontraran en el rango etario de adulto.

2.3 Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda en diversas bases de datos, en la que se encontraron algunos estudios directamente relacionados con el tema de este trabajo los cuales se describen a continuación.

Contreras, Hernández, Contreras, Castro, & Navarro (2013), en su estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Sincelejo Colombia. Encontró que, en 27 pacientes seleccionados de forma aleatoria, el 88.89% se ubicó en la categoría regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en cada una de las dimensiones, con medias aritméticas entre 2.70 a 3.33, y se encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios.

Robles et al. (2014), en un estudio titulado Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora, de tipo no experimental correlacional, descriptivo, muestreo no probabilístico de 115

personas, cuyo propósito fue determinar el autocuidado presente en las personas con diabetes tipo 2, se obtuvo como resultado que las personas con más años con el padecimiento son las que presentan autocuidado, por lo que el tiempo de padecimiento se vuelve un factor condicionante para llevar a cabo el autocuidado. Por su parte, las personas que presentan déficit de autocuidado son aquellas que tienen complicaciones en más del 50%.

Soler, Pérez, del Carmen, & Quezada (2016) en su estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal del cual 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 evidenció que el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus que predomina es bajo para un 45.45 %; el 90.91 % presenta ausencia de autocuidado y las vías de obtención de la información que predominaron son los medios de difusión masiva con un 81.81 % y seguido de este, el personal de salud con un 77.26 %.

De la Cruz et al (2013), en su estudio descriptivo, analítico, cuyo objetivo fue analizar las causas de desapego a tratamiento y dieta de pacientes con diabetes, en una población de 156 pacientes, de San Luis Potosí, se encontró que las principales causas de desapego o abandono del tratamiento y/o dieta indicados fueron el olvido y la insistencia en el consumo de alimentos restringidos, además los pacientes con antecedentes familiares de hipertensión en ambos padres tuvieron 5,8 veces más riesgo de presentar Diabetes mellitus, en comparación con aquellos sin este antecedente ($p < 0,01$). En el caso de los pacientes con antecedentes de obesidad, estos presentaron 2,4 veces mayor riesgo de padecer diabetes, que los que no la tenían ($p < 0,05$).

Cruz et al., (2014), realizaron un estudio de diseño transversal con una muestra no probabilística de 239 personas de dos comunidades del Estado de México, De un total de 239 personas, 74.9 por ciento fueron mujeres, 17.1 por ciento tenían entre 26 a 45 años y 57.1 por ciento entre 46 y 65 con una media general de 56.93 años. Respecto al estado civil, 72.3 % tenían pareja. En cuanto a la educación, 30.5 % no sabía leer ni escribir y 50.6 por ciento sólo tenía estudios de primaria. En lo referente a la actividad económica, 55.9 % eran amas de casa y 11.3 % estaban desempleados. el patrón de consumo de tabaco fue estadísticamente distinto entre hombres y mujeres; en el caso del alcohol, tanto los hombres como las mujeres refirieron consumos ocasionales.

Chacín et al., (2015) realizaron un estudio de campo, descriptivo, cuantitativo y transversal, en 40 sujetos con DM2 con el objetivo de determinar el conocimiento, actitud y prácticas de autocuidado, como resultado, se observó que 70% de los pacientes diabéticos poseían conocimientos moderados sobre su enfermedad y medidas de autocuidado. Además, 55% presentó una actitud intermedia hacia estos elementos; y las proporciones de pacientes que desempeñan tipos de práctica inadecuada y adecuada fueron similares, con un 47.5% y 52.5% respectivamente. Se observó una asociación significativa entre los niveles de conocimiento de autocuidado y el estatus socioeconómico ($\chi^2 = 11,285$; $p=0,024$), siendo los niveles de conocimiento significativamente mayores en los sujetos de clase alta y media alta.

También se encontraron algunos estudios que no están directamente relacionados pero que aportan información valiosa a este trabajo como los que se describen a continuación.

Galindo, Rico y Padilla (2013), en un estudio con metodología, transversal, observacional; cuyo objetivo fue describir el efecto de los factores socioculturales en

la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Tecomán, en una población de 68 pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2 encontraron que los factores socioculturales tuvieron un leve efecto positivo en la capacidad de autocuidado (RM = 1,10; IC 95%: 0,26-4,74) en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2.

Troncoso, Delgado & Rubilar (2013), en un estudio que tiene por objetivo interpretar la percepción de los factores que determinan la adherencia al tratamiento prescrito de adultos con DM2 de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico encontraron que entre los resultados se destaca la importancia que los usuarios codifican del consumo de fármacos y de la realización de la dieta, sin embargo, esta última no es efectuada efectivamente por estos pacientes. El ejercicio físico no es interpretado como parte de su terapia.

Compean et al., (2013), en un estudio descriptivo correlacional, muestra aleatoria de 124 pacientes, con el objetivo de describir la relación de la actividad física (pasos/día) /ejercicio con la obesidad (índice de masa corporal, circunferencia de cintura y grasa corporal) en adultos con diabetes tipo 2. Se planteó, además: determinar la relación de la educación/comprensión en diabetes con la actividad física/ejercicio, y establecer diferencias de actividad física/ejercicio y obesidad/sobrepeso de acuerdo con variables sociodemográficas. el promedio de pasos/día mostró relación inversa con el IMC ($r_s = -0,282$, $p < 0,01$) y la CC ($r_s = -0,300$, $p < 0,01$). La comprensión en diabetes tuvo relación positiva con el ejercicio ($r_s = 0,179$, $p = 0,04$).

Ulloa et al., (2017), en su estudio de caso desarrollado mediante el proceso de atención de enfermería utilizando las taxonomías de diagnósticos de enfermería de la NANDA, cuyo objetivo fue aplicar la teoría del autocuidado de Orem a la persona

con diabetes mellitus, a fin de promover prácticas de autocuidado en beneficio de la propia salud y bienestar. obtuvieron como resultado que el Proceso de Enfermería vinculado con la Teoría de Dorothea Orem permitió mejorar las prácticas de autocuidado y por consiguiente el autocontrol de la enfermedad en la usuaria con Diabetes Mellitus Tipo 2; al incrementar el nivel de conocimiento y el compromiso en relación al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y el ejercicio.

Capítulo III

Método

3.1 Enfoque Metodológico

Este es un estudio de tipo cuantitativo.

3.2 Diseño de Investigación

La presente investigación tiene un diseño descriptivo, observacional y de corte transversal.

3.3 Población, Muestra y Muestreo

3.3.1 Población

La población estuvo conformada por personas adultas con diagnóstico de diabetes tipo 2 que radican en una comunidad rural del estado de Guerrero.

3.3 Muestra y Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, en virtud de que no se conoce el número exacto de la población que padece DT2 en dicha comunidad, obteniendo una $n=50$.

3.4 Criterios de Selección

3.4.1. Criterios de inclusión

Personas con diagnóstico de DT2 con más de un año de evolución, con edad comprendida entre los 20 y 59 años y que acepten participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

Personas menores de 20 años y mayores de 59 años y personas que no acepten firmar el consentimiento informado.

3.4.3. Criterios de Eliminación.

Cuestionarios incompletos.

3.5 Instrumentos de Medición

El instrumento de medición usado para esta investigación es titulado “Cuestionario de las Conductas de Autocuidado en el Manejo del Régimen Terapéutico de la DMT2” (Merchán, 2014). El cuestionario autocuidados de Merchán consta de cuatro partes:

Datos demográficos: edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios, con quién convive la persona con DM, profesión, situación laboral.

Datos clínicos relacionados con la DMT2, en la que se han registrado las mediciones biológicas: peso, talla, IMC, presión arterial diastólica y sistólica, hábitos tóxicos, años de evolución de la enfermedad, complicaciones e ingresos hospitalarios.

Fuentes de información sobre los autocuidados derivados de la DMT2 en cuanto a cómo y de qué medios o profesionales la reciben; las respuestas correspondientes a los ítems 20, 22, 23 y 24, son de tipo Likert (nada, poco, suficiente, bastante y mucha) y se recategorizaron en dos categorías: *suficiente* (mucha, bastante y suficiente) e *insuficiente* (poca y nada).

Autocuidado en el manejo de la DMT2 y que consta a su vez de las escalas: alimentación con 11 ítems; ejercicio con 6 ítems; cuidado de los pies con 8 ítems; autocontrol de la glucemia con 10 ítems; tratamiento farmacológico con 12 ítems; y asistencia a las consultas para su control con 5 ítems. El cuestionario consta de 52 ítems. Las respuestas a cada ítem se categorizan en una escala Likert de 5 puntos, que presenta al encuestado cinco alternativas de respuesta posibles identificadas con las letras: S= siempre; CS= casi siempre; AV= a veces; CN= casi nunca; N= nunca.

La apreciación cualitativa de siempre corresponde al valor cuantitativo 4; casi siempre al valor 3; a veces corresponde al valor 2; casi nunca corresponde al valor 1 y nunca corresponde al valor 0.

Se realizó una prueba piloto con este instrumento a 10 personas, a las cuales se entrevistó y se les pidió contestaran de manera anónima y verídica cada uno de los ítems contenidos en el instrumento dando como resultado un alfa de Cronbach de .814, esto significa que es un instrumento confiable.

3.6 Procedimiento

Para iniciar esta investigación primero se registró el tema en la UPAEP donde fue autorizado, para posteriormente con un oficio emitido por la misma institución, acudir a una entrevista con el comisario de la comunidad seleccionada para que autorizara la aplicación de las encuestas, ya obtenida la autorización por el comisario se procedió a visitar casa por casa preguntando si había personas que cumplieran con los requisitos de inclusión de esta investigación para aplicar la encuesta personalmente. Se explicó el objetivo a los participantes, el procedimiento de llenado del instrumento se realizó por el encuestador, al finalizar la encuesta se agradeció a los participantes.

3.7 Ética del Estudio

La ética de este estudio fue apegada a la Ley General de Salud en materia para la investigación en salud:

Título primero, disposiciones generales en su capítulo único, artículos del 1 al 12.

Título segundo, capítulo uno, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, artículos del 13 al 27.

Titulo segundo, capitulo dos, de la investigación en comunidades, artículos del 28 al 32.

3.8 Estrategias de Análisis.

Los datos recabados mediante el instrumento utilizado para esta investigación se analizaron en el programa SPSS versión # 21, haciendo uso de estadística descriptiva, por frecuencias y porcentajes.

La tabla siguiente muestra la confiabilidad del instrumento utilizado para la recogida de datos.

Tabla 1. Confiabilidad del instrumento de medición.

Instrumento	Ítems	α
CCAMRT de la DMT2	52	.921
Alimentación	11	.638
Ejercicio	6	.915
Autocuidado de los pies	8	.638
Autocontrol de la glucemia	10	.845
Tratamiento farmacológico	12	.822
Asistencia a las consultas para su control	5	.890

Nota: CCAMRT de la DMT2 = Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018.

n=50

Los resultados muestran que la confiabilidad del instrumento utilizado es buena, con base en los valores del alpha de cronbach (Polit & Hungler, 2000).

Capítulo IV

Resultados

4.1 Descripción de los datos descriptivos

Después de recabar todos los datos de las encuestas realizadas, se procesaron con el programa SPSS versión 21, obteniendo los siguientes resultados.

4.1.1 Descripción

Para responder al primer objetivo específico se muestran los resultados de las características sociodemográficas de la población de estudio en la siguiente tabla.

Tabla 2. Datos sociodemográficos.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Edad	De 20 a 29	0	0
	De 30 a 39	10	20
	De 40 a 49	17	34
	De 50 a 59	23	45
Sexo	Masculino	20	40
	Femenino	30	60
Lugar de residencia	Rural	50	100
	Urbano	0	0
Estado civil	Soltero	2	4
	Casado	27	54
	Divorciado	3	6
	Viudo	13	26
	Unión libre	5	10
Nivel de estudios	Sin estudios	10	20
	Estudios primarios	18	36
	Estudios medios	19	38
	Estudios universitarios	3	6
Con quien convive	Vive solo	6	12
	Con su pareja	10	20
	Con pareja e hijos	21	42
	Hijos	13	26
	Residencia	0	0

	Otros	0	0
Profesión	Ama de casa	11	22
	Sector servicios	10	20
	Construcción	6	12
	Sector agrario	11	22
	Profesión liberal	12	24
Situación laboral	Jubilado por edad	4	8
	Activo	46	92
	Jubilado por enfermedad	0	0
	En paro	0	0

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

La mayoría de los encuestados fue de entre 50 y 59 años de edad predominando el sexo femenino, todos los participantes residen en un área rural, la mayoría son casados y viven con su pareja e hijos; aunque predominan los estudios medios, la mayoría opta por una profesión liberal y casi el total de los encuestados se encuentra en una situación laboral activa en el momento de la encuesta.

En la siguiente tabla se muestran los datos clínicos de los participantes relacionados con la Diabetes tipo 2, para responder al segundo objetivo específico.

Tabla 3. Datos clínicos relacionados con la diabetes.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Duración de la diabetes	1-10 años	36	72
	>10 -20 años	12	24
	>20 años	2	4
Tratamiento de la diabetes	Insulina	3	6
	Insulina y antidiabéticos orales	3	6
	Dieta e insulina	3	6
	Antidiabéticos orales	34	68
	Dieta y antidiabéticos orales	3	6
	Solo dieta	4	8
Antecedentes familiares de diabetes	Si	44	88
	No	6	12
Complicaciones de la diabetes	Corazón	0	0
	Riñón	1	2

			24
	Ojos	3	6
	Circulación	9	18
	Pies	13	26
	Otros	0	0
	Ninguna	24	48
Número de ingresos en los dos últimos años	De 1 a 5	9	18
	De 5 a 10	0	0
	Más de 10	1	2
	Ninguno	40	80
Tiene tensión arterial alta	Si	18	36
	No	32	64
Se controla la tensión arterial	Si	15	30
	No	35	70
Índice de masa corporal	Bajo	0	0
	Normal	13	26
	Sobrepeso	22	44
	Obesidad	15	30
Dieta en caso de sobrepeso	Si	4	8
	No	46	92
Hábitos toxico	Ninguno	16	32
	Fuma, pero no ha intentado dejarlo	3	6
	Bebe, pero no ha intentado dejarlo	3	6
	Fuma, pero ha intentado dejarlo	2	4
	Bebe, pero ha intentado dejarlo	12	24
	Fuma y bebe, pero no ha intentado dejarlo	14	28
	¿Cuántos cigarrros fuma al día?	Ninguno	31
	De 1 a 4	12	24
	De 5 a 9	3	6
	De 10 a 15	2	4
	1 paquete	2	4
	Más de 1 paquete	0	0
¿Cuánto bebe al día?	Ninguno	21	42
	1 copa	14	28
	2 copas	11	22
	3 copas	4	8
	Mas de 4 copas	0	0

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

Los resultados muestran que más del 70% de los encuestados tienen una duración de la diabetes de entre 1 y 10 años, siendo los antidiabéticos orales la forma que más de la mitad emplea como tratamiento; también se observa que casi el 90% de los participantes, tiene antecedentes familiares de la diabetes y, aunque la mayoría no tiene ninguna complicación, las alteraciones en los pies resultaron ser las más frecuentes; tampoco reportaron tensión arterial alta, pero si sobrepeso y casi el 70% refiere tener un hábito tóxico en el que la mayoría fuma entre 1 y 4 cigarros, y beben por lo menos una copa al día.

Para responder al tercer objetivo específico se muestran los resultados en la siguiente tabla acerca de la cantidad de información sobre los autocuidados que tienen los participantes con la Diabetes tipo 2.

Tabla 4. Información sobre los autocuidados.

Variable	Categoría	f	%
Fuentes de información sobre los autocuidados.	Medios sanitarios	50	100
	Otros medios.	0	0
En caso de que la información la obtenga de los medios sanitario esta es:	Suficiente	34	68
	Insuficiente	16	32
Esta información sobre los autocuidados de su diabetes, los profesionales sanitarios se la dan	De forma individual en consulta	40	80
	En grupo con otros diabéticos	10	20
	De ningún tipo	0	0
¿Le dan los profesionales sanitarios instrucciones escritas sobre los cuidados a seguir?	Suficiente	31	62
	Insuficiente	19	38
¿Algún familiar suyo ha recibido información sobre la diabetes, de los profesionales sanitarios?	Suficiente	20	40
	Insuficiente	30	60
Considera que la información que tiene para poder llevar un buen control de su diabetes es:	Suficiente	33	66
	Insuficiente	17	34

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

El total de los participantes reportó que la información sobre los autocuidados fue dada por medios sanitarios, en su mayoría de forma individual; casi el 70 % considera que la información que tiene para poder llevar un buen control de su diabetes, obtenida de los medios sanitarios de forma escrita es *suficiente*, y más de la mitad refiere que la información que recibieron sus familiares, de parte de los profesionales sanitarios es *insuficiente*.

Para responder al objetivo general se muestran los resultados de las conductas de autocuidado en las tablas siguientes:

Tabla 5. Conductas de autocuidado de alimentación.

Variable	Categoría	f	%
Consume alimentos de forma regular 5-6 veces al día.	Siempre	7	14
	Casi siempre	12	24
	A veces	16	32
	Casi nunca	15	30
	Nunca	0	0
Sigue usted diariamente un horario regular de comidas	Siempre	11	22
	Casi siempre	18	36
	A veces	17	34
	Casi nunca	2	4
	Nunca	2	4
Come cuando tiene hambre sin tener control escrito de las horas.	Siempre	10	20
	Casi siempre	14	28
	A veces	10	20
	Casi nunca	12	24
	Nunca	4	8
Cuando come tiene en cuenta tanto la cantidad como el contenido de los alimentos.	Siempre	6	12
	Casi siempre	12	24
	A veces	6	12
	Casi nunca	14	28
	Nunca	12	24
Come aproximadamente la misma cantidad de comida todos los días.	Siempre	10	20
	Casi siempre	32	64
	A veces	7	14
	Casi nunca	1	2

	Nunca	0	0
Suele saltarse alguna comida al día, bien sea el desayuno, la comida, la merienda, la cena, etc.	Siempre	2	4
	Casi siempre	4	8
	A veces	25	50
	Casi nunca	13	26
	Nunca	6	12
Evita o procura no incluir en su alimentación los alimentos que tiene desaconsejados o prohibidos.	Siempre	7	14
	Casi siempre	12	24
	A veces	10	20
	Casi nunca	9	18
	Nunca	12	24
Come semanalmente más veces pescado que carne.	Siempre	9	18
	Casi siempre	18	36
	A veces	15	30
	Casi nunca	4	8
	Nunca	4	8
Consume diariamente fruta, verduras, cereales y leche o yogures desnatados.	Siempre	6	12
	Casi siempre	16	32
	A veces	18	36
	Casi nunca	8	16
	Nunca	2	4
Come menos cantidad de comida de lo que le apetecería por culpa de su diabetes.	Siempre	7	14
	Casi siempre	3	6
	A veces	12	24
	Casi nunca	3	6
	Nunca	25	50
Se controla el peso con regularidad cada cierto tiempo.	Siempre	2	4
	Casi siempre	9	18
	A veces	7	14
	Casi nunca	3	6
	Nunca	29	58

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

En lo referente a conductas de autocuidado en la alimentación, más de un tercio de los participantes *siempre* consume alimento de forma regular de 5 a 6 veces al día y sigue diariamente un horario regular de comidas, sin embargo, la mayoría *casi nunca* tiene en cuenta el contenido ni la cantidad de comida que consume, aproximadamente el 70% *casi siempre* come la misma cantidad de comida

diariamente, aunque la mitad de los encuestados suele saltarse alguna comida y menos del 10% *nunca* evita consumir alimentos que tiene prohibidos; mientras que el 36% *casi siempre* consume más pescado que carne semanalmente y el mismo porcentaje *a veces* come frutas, verduras, cereales y leche. La mitad de la muestra *nunca* consume menos alimentos de los que le apetecería por culpa de su diabetes. Más de la mitad *nunca* controla su peso con regularidad.

La tabla siguiente muestra las conductas de autocuidado en ejercicio físico que realizan los participantes.

Tabla 6. Conductas de autocuidado de ejercicio.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
¿Qué ejercicio realiza?	Pasear	21	42
	Ir al gimnasio	1	2
	Otros	13	26
	Ninguno	15	30
Realiza ejercicio de forma habitual todos los días.	Siempre	18	36
	Casi siempre	9	18
	A veces	7	14
	Casi nunca	0	0
	Nunca	16	32
Hace ejercicio o pasea a las mismas horas todos los días.	Siempre	20	40
	Casi siempre	7	14
	A veces	4	8
	Casi nunca	3	6
	Nunca	16	32
Dedica aproximadamente el mismo tiempo cada vez que pasea o hace ejercicio.	Siempre	21	42
	Casi siempre	9	18
	A veces	3	6
	Casi nunca	0	0
	Nunca	17	34
Lleva algo de comer cuando hace ejercicio o pasea	Siempre	3	6
	Casi siempre	1	2
	A veces	5	10
	Casi nunca	4	8
	Nunca	37	74

Hace ejercicio o el pasea después de desayunar o comer y no en ayunas.	Siempre	21	42
	Casi siempre	9	18
	A veces	0	0
	Casi nunca	0	0
	Nunca	20	40
El ejercicio o el paseo lo realiza acompañado.	Siempre	16	32
	Casi siempre	5	10
	A veces	3	6
	Casi nunca	3	6
	Nunca	23	46
<i>Nota:</i> Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018			n=50

Pasear es el ejercicio más frecuente al momento de la encuesta, y la mayoría de la población de estudio *siempre* dedica el mismo tiempo, a la misma hora, después de desayunar o comer, y de forma habitual todos los días, y *nunca* lo realizan acompañados; sin embargo, un tercio de los participantes no realiza *ningún* tipo de ejercicio

La siguiente tabla muestra las conductas de autocuidado en los pies que realizan las personas encuestadas.

Tabla 7. Conductas de autocuidado de pies.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Se observa usted la planta de los pies diariamente.	Siempre	22	44
	Casi siempre	8	16
	A veces	14	28
	Casi nunca	3	6
	Nunca	3	6
Utiliza espejo para observárselos	Siempre	0	0
	Casi siempre	1	2
	A veces	3	6
	Casi nunca	1	2
	Nunca	45	90
Cuida sus pies como le tienen	Siempre	9	18

recomendado.	Casi siempre	9	18
	A veces	14	28
	Casi nunca	6	12
	Nunca	12	24
Evita andar descalzo por la casa, la playa etc.	Siempre	29	58
	Casi siempre	12	24
	A veces	6	12
	Casi nunca	2	4
	Nunca	1	2
Visita al podólogo con regularidad.	Siempre	0	0
	Casi siempre	1	2
	A veces	0	0
	Casi nunca	1	2
	Nunca	48	96
No se corta las uñas, se las lima	Siempre	1	2
	Casi siempre	0	0
	A veces	3	6
	Casi nunca	0	0
	Nunca	43	86
Si se corta las uñas, lo hace de forma recta	Siempre	4	8
	Casi siempre	3	6
	A veces	3	6
	Casi nunca	3	6
	Nunca	37	74
Cuando le aparece un callo, herida o lesión en los pies, consulta al profesional sanitario.	Siempre	9	18
	Casi siempre	6	12
	A veces	14	28
	Casi nunca	5	10
	Nunca	16	32

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

El cuidado de los pies *a veces* lo realiza la mayoría de los implicados como les tienen recomendado y a pesar de que cerca de la mitad *siempre* se observa la planta de los pies diariamente, aproximadamente la muestra entera *nunca* utiliza un espejo para observárselos, visita al podólogo o se lima las uñas de forma recta en lugar de cortárselas; poco menos del 60% *siempre* evita andar descalzo por la casa, aunque

poco más del 30% *nunca* acude a consulta con un profesional cuando le aparece un callo, herida o lesión en los pies.

La tabla siguiente muestra las conductas de autocuidado en el autocontrol de la glucemia que realizan las personas encuestadas.

Tabla 8. Conductas de autocuidado de autocontrol de la glucemia.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Se realiza los controles de azúcar con su aparato en casa	Siempre	4	8
	Casi siempre	4	8
	A veces	1	2
	Casi nunca	1	2
	Nunca	40	80
Los controles de azúcar los realiza usted mismo	Siempre	3	6
	Casi siempre	1	2
	A veces	1	2
	Casi nunca	2	4
	Nunca	43	86
Se realiza los controles de azúcar que le recomiendan	Siempre	3	6
	Casi siempre	7	14
	A veces	14	28
	Casi nunca	0	0
	Nunca	26	52
Cuando se encuentra mal y sospecha que tiene una bajada de azúcar se hace un control de azúcar.	Siempre	11	22
	Casi siempre	8	16
	A veces	1	2
	Casi nunca	2	4
	Nunca	28	56
Si nota que el azúcar le ha bajado o comprueba mediante un control que efectivamente le ha bajado, toma enseguida azúcar o algún producto azucarado.	Siempre	7	14
	Casi siempre	5	10
	A veces	4	8
	Casi nunca	1	2
	Nunca	33	66
Durante cada cierto tiempo se realiza varios controles de glucosa al día.	Siempre	2	4
	Casi siempre	4	8
	A veces	5	10
	Casi nunca	4	8

	Nunca	35	70
Se realiza cada año un análisis completo de sangre y orina.	Siempre	18	36
	Casi siempre	10	20
	A veces	12	24
	Casi nunca	4	8
	Nunca	6	12
Lleva un registro de las cifras de glucemia	Siempre	2	4
	Casi siempre	2	4
	A veces	1	2
	Casi nunca	6	12
	Nunca	39	78
Hace un máximo esfuerzo para tener sus cifras de azúcar lo más cerca posibles de la normalidad.	Siempre	2	4
	Casi siempre	11	22
	A veces	11	22
	Casi nunca	7	14
	Nunca	19	38
Lleva placa identificativa advirtiendo de su condición de diabético.	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	A veces	0	0
	Casi nunca	0	0
	Nunca	50	100

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

Los controles de azúcar con su aparato *nunca* se realizan en casa por el 80% de la muestra total; más de la mitad de los participantes *nunca* realizan los controles de azúcar que les recomiendan; *nunca* se hace un control de azúcar cuando sospecha que tiene una bajada de azúcar o se siente mal; *nunca* toma azúcar o algún producto azucarado cuando comprueba mediante un control que efectivamente le ha bajado el azúcar; el 70 % o más *nunca* se realiza varios controles de glucosa al día durante cierto tiempo o lleva algún registro de las cifras de glucemia. Solo el 4 % *siempre* hace un máximo esfuerzo para tener sus cifras de azúcar lo más cerca posibles de la

normalidad, mientras que la muestra absoluta *nunca* lleva placa identificativa advirtiéndolo su condición de diabético.

La tabla siguiente muestra las conductas de autocuidado en el control farmacológico que tienen las personas encuestadas.

Tabla 9. Conductas de autocuidado tratamiento farmacológico.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Cumple con la pauta en cuanto al número de veces que debe inyectarse la insulina o tomarse las pastillas del azúcar.	Siempre	23	46
	Casi siempre	21	42
	A veces	1	2
	Casi nunca	1	2
	Nunca	4	8
Sigue las recomendaciones en cuanto a la cantidad de insulina que se inyecta o las pastillas que se toma.	Siempre	27	54
	Casi siempre	15	30
	A veces	3	6
	Casi nunca	0	0
	Nunca	5	10
Se inyecta la insulina o se toma las pastillas a las mismas horas todos los días.	Siempre	20	40
	Casi siempre	21	42
	A veces	4	8
	Casi nunca	0	0
	Nunca	5	10
Lleva un registro escrito de la medicación que toma o se inyecta para su diabetes.	Siempre	4	8
	Casi siempre	0	0
	A veces	1	2
	Casi nunca	5	10
	Nunca	40	80
Según las cifras de glucemia, modifica la medicación.	Siempre	0	0
	Casi siempre	1	2
	A veces	0	0
	Casi nunca	1	2
	Nunca	48	96
Olvida tomar as pastillas del azúcar o ponerse la insulina	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	A veces	21	42
	Casi nunca	6	12

	Nunca	23	46
Si olvida una toma de la medicación, en la toma siguiente se administra el doble.	Siempre	4	8
	Casi siempre	3	6
	A veces	3	6
	Casi nunca	3	6
	Nunca	37	74
Cuando le surge una duda o algún problema con la medicación o algún otro aspecto de su diabetes consulta a los profesionales sanitarios.	Siempre	10	20
	Casi siempre	10	20
	A veces	16	32
	Casi nunca	8	16
	Nunca	6	12
Tiene glucagón en casa	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	A veces	0	0
	Casi nunca	0	0
	Nunca	50	100
Cuenta con familiares, amigos o personas cercanas a usted que saben utilizarlo.	Siempre	0	0
	Casi siempre	0	0
	A veces	0	0
	Casi nunca	0	0
	Nunca	50	100
Lleva usted el control de la medicación de su diabetes	Siempre	19	38
	Casi siempre	11	22
	A veces	5	10
	Casi nunca	7	14
	Nunca	8	16
Prefiere ser usted el que lleve el control de la medicación a que se lo lleven otros	Siempre	29	58
	Casi siempre	7	14
	A veces	4	8
	Casi nunca	3	6
	Nunca	7	14

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018

n=50

Aproximadamente la mitad de los partícipes *siempre* llevan por si mismos la medicación, prefieren ser ellos mismos quienes lleven el control de la misma, cumplen con la pauta en cuanto al número de veces, la cantidad y los horarios en que

debe inyectarse la insulina o tomarse las pastillas para el azúcar, y *nunca* olvida medicarse, pero alrededor del 90% *nunca* modifica su medicación según las cifras de la glucemia o lleva un registro escrito de su medicación; Un tercio de la muestra *a veces* consulta a los profesionales sanitarios cuando le surge alguna duda o problema con su medicación; el total de la población en estudio no tiene glucagón en casa ni cuenta con familiares que sepan utilizarlo.

La tabla siguiente muestra las conductas de autocuidado respecto a su asistencia a las consultas para su control que tienen los participantes.

Tabla 10. Conductas de autocuidado de asistencia a las consultas para su control.

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Asiste a la consulta de la enfermera cuando tiene programados los controles de su diabetes.	Siempre	11	22
	Casi siempre	8	16
	A veces	6	12
	Casi nunca	2	4
	Nunca	23	46
Asiste a la consulta del médico cuando tiene los controles de su diabetes.	Siempre	21	42
	Casi siempre	17	34
	A veces	6	12
	Casi nunca	1	2
	Nunca	5	10
Asiste a la consulta de otros profesionales para controlar su diabetes.	Siempre	9	18
	Casi siempre	3	6
	A veces	1	2
	Casi nunca	1	2
	Nunca	36	72
Trata de organizar todas sus actividades u obligaciones cotidianas para no faltar a la consulta de revisión de su diabetes.	Siempre	20	40
	Casi siempre	6	12
	A veces	1	2
	Casi nunca	2	4
	Nunca	21	42
Cuando surge alguna duda sobre los	Siempre	16	32

cuidados o se le presenta algún problema con su diabetes, consulta con los profesionales sanitarios.	Casi siempre	11	22
	A veces	3	6
	Casi nunca	2	4
	Nunca	18	36

Nota: Cuestionario de las conductas de autocuidado en el manejo del régimen terapéutico de la DMT2, 2018 n=50

Cerca de la mitad de los participantes *nunca* asisten a consulta de la enfermera cuando tienen programados los controles de su diabetes, pero *siempre* asisten a consulta con el médico; alrededor del 80% *nunca* asisten a consulta con otros profesionales para controlar su azúcar y poco más del 40% *nunca* trata de organizar su tiempo para asistir a las consultas de revisión o consulta a los profesionales sanitarios cuando le surge alguna duda.

4.2 Discusión

Nuestra muestra en estudio revela que la mayoría de los participantes son mujeres (60%) de entre 30 y 59 años de edad; de 30 mujeres que participaron, 11 son amas de casa, esto quiere decir que más de la mitad se dedica solo al hogar; el 64% tiene una pareja y el 20% no tiene estudios. Esta información concuerda con la obtenida por un estudio realizado por Cruz et al. (2014), donde señalan que de su muestra el 74.9 % fueron mujeres de entre 26 y 65 años de edad, respecto al estado civil 72.3% tenían pareja, el 30% no tiene estudios y el 55.9% eran amas de casa.

Referente a los datos clínicos relacionados con la diabetes el 72% tiene entre 1 y 10 años de haber sido diagnosticado con DT2; de la muestra total, aproximadamente el 50% no presenta ninguna complicación; aunque el porcentaje de sobrepeso y obesidad, y el de hábitos tóxicos es del 70% casi el total de los participantes no ha tenido ningún ingreso al hospital a causa de la diabetes. Esto concuerda con un estudio realizado en Hermosillo, Sonora, donde se obtuvo como resultado que las

personas con más años con el padecimiento son las que presentan autocuidado, por lo que el tiempo de padecimiento se vuelve un factor condicionante para llevar a cabo el autocuidado (Robles et al., 2014).

La información sobre los autocuidados de la diabetes fue dada al 100% de los implicados por parte de los medios sanitarios y más del 60% refiere tener suficiente información sobre los autocuidados que debe tener. Esta información resulta ser contraria a la obtenida por un estudio en el que se estudiaron las variables nivel de conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado y vías de información sobre la diabetes mellitus, ya que se evidenció que el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus que predomina es bajo para un 45,45% y las vías de obtención de la información que predominaron son los medios de difusión masiva con un 81, 81 % y seguido de este, el personal de salud con un 77, 26 % (Soler et al., 2016)

Las conductas de autocuidado en alimentación reflejan que menos del 25% *siempre* come de forma regular 5-6 veces al día, a la misma hora, sin tener en cuenta la cantidad, ni el contenido de sus alimentos; el 70% realiza algún tipo de ejercicio; menos del 20% *siempre* cuida sus pies como se lo recomiendan; los controles de glucemia en casa *nunca* lo realiza el 80%; alrededor del 50% cumple con la cantidad y horarios de su medicación; y menos del 50% asiste a consulta con los profesionales sanitarios. Esto tiene similitud con el estudio de Contreras et al., 2013, quienes encontraron que, el 88.89% de su muestra se ubicó en la categoría regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en cada una de las dimensiones, y se encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios.

4.3 Conclusión

El estudio permitió describir el autocuidado que tienen los adultos con DT2 que participaron en él, dando un panorama general de las conductas que se deben de reforzar como es el caso del autocontrol de las cifras de glucosa en sangre y sobre todo la alimentación adecuada. Al analizar los datos clínicos relacionados con la diabetes se observa que la mayoría de los participantes tienen muy poco tiempo de padecer la enfermedad y quizá eso influya en sus conductas de autocuidado.

4.4 Recomendaciones

A partir de los resultados de este estudio se sugiere lo siguiente:

Para la *investigación*, replicar en todas las comunidades rurales para agrandar el panorama sobre las conductas de autocuidado que realizan las personas y decidir una vía de solución en pro de aumentar la calidad de vida de los implicados.

Para la *comisaria* de la comunidad en estudio, trabajar en conjunto con el centro de salud que posee, para facilitar el acercamiento de las personas con DT2 mediante campañas y creación de grupos de interacción para aumentar el conocimiento sobre esta y otras enfermedades crónicas.

Para la *práctica de enfermería*, llevar de una forma más amena y accesible relación enfermero-paciente, de manera que se gane la confianza de los pacientes, para poder generar conciencia de que las complicaciones de la DT2 pueden prevenirse y reducirse, mediante la realización de ferias de salud exclusivas para personas con DT2.

Referencias.

American Diabetes Association [ADA]. (2015). *Vivir con Diabetes. Complicaciones.*

Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/>

Castro, A., Pérez, S., & Salcedo, R., (enero, 2017). La Enseñanza a Pacientes con

Diabetes: Significado para Profesionales de Enfermería. *Enfermería*

universitaria, 14, 39-46. Recuperado de [https://ac.els-](https://ac.els-cdn.com/S1665706316300719/1-s2.0-S1665706316300719-main.pdf?_tid=9e4487d7-4e61-49fb-aebf-e64fea012a7a&acdnat=1525068853_37be3819a9aacff97b8839d9dc8cc116)

[cdn.com/S1665706316300719/1-s2.0-S1665706316300719-](https://ac.els-cdn.com/S1665706316300719/1-s2.0-S1665706316300719-main.pdf?_tid=9e4487d7-4e61-49fb-aebf-e64fea012a7a&acdnat=1525068853_37be3819a9aacff97b8839d9dc8cc116)

[main.pdf?_tid=9e4487d7-4e61-49fb-aebf-](https://ac.els-cdn.com/S1665706316300719/1-s2.0-S1665706316300719-main.pdf?_tid=9e4487d7-4e61-49fb-aebf-e64fea012a7a&acdnat=1525068853_37be3819a9aacff97b8839d9dc8cc116)

[e64fea012a7a&acdnat=1525068853_37be3819a9aacff97b8839d9dc8cc116](https://ac.els-cdn.com/S1665706316300719/1-s2.0-S1665706316300719-main.pdf?_tid=9e4487d7-4e61-49fb-aebf-e64fea012a7a&acdnat=1525068853_37be3819a9aacff97b8839d9dc8cc116)

Chacín, V., Chávez, C., Chacín, V., Chávez, M., Nava, Y., & Clavero, J. (diciembre,

2015). Conocimiento, Actitud y Prácticas de Autocuidado en Pacientes con

Diabetes Mellitus Tipo 2 del Ambulatorio Urbano Tipo II Salud Maracaibo,

Municipio Maracaibo. *Ciencias de Salud*, 5 (1 y 2), 99 - 110. Recuperado de

<http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/redieluz/article/view/2168>

[6/21481](http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/redieluz/article/view/2168)

Cruz, P., Vizcarra, I., Kaufer, M., Benítez, A., Misra, R., & Valdés, R. (abril-junio,

2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de

México. *Papeles de Población*, 20 (80), 119-144. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11231067005>

Compean, L., Quintero, L., Del Ángel, B., Reséndiz, E., Salazar, B., & González, J.,

(diciembre, 2013). Educación, Actividad Física y Obesidad en Adultos con

Diabetes Tipo 2 Desde la Perspectiva del Autocuidado de Orem. *Aquichan*. 13

(3). 347-362. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a04.pdf>

Contreras, A., Hernández, C., Contreras, A., Castro, M., & Navarro, L. (2013).

Capacidad de Autocuidado en Pacientes Diabéticos que Asisten a Consulta Externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andina*, 15 (26), 667-678.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>

Cruz de la, M., Vargas, J., Ledezma, E., Holguín, M., Martínez, A., & Fragoso, L.

(2013). Causas de Desapego a Tratamiento, Dieta y Seguimiento de Pacientes con Diabetes y Posibles Factores Asociados con la Enfermedad. *Salud*

Publica, 15 (478- 485). Recuperado de

<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a14.pdf>

Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2015). *Atlas de la Diabetes de la FID*

(7 ed.). Recuperado de

http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Federación Mexicana de Diabetes [FMD]. (2016). *El valor del Autocontrol en la*

Diabetes. Recuperado de [http://fmdiabetes.org/valor-del-autocontrol-la-](http://fmdiabetes.org/valor-del-autocontrol-la-diabetes/)

[diabetes/](http://fmdiabetes.org/valor-del-autocontrol-la-diabetes/)

Galindo, M., Rico, L., & Padilla, N. (2013). Efecto de los Factores Socioculturales

en la Capacidad de Autocuidado del Paciente Hospitalizado con Diabetes

Tipo 2. *Aquichan*, 14, (1). Recuperado de

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3534/3379>

Hevia, P., (2016). Educación en Diabetes. *Condes*, 27 (2), 271- 276. Recuperado de

https://ac.els-cdn.com/S0716864016300165/1-s2.0-S0716864016300165-main.pdf?_tid=7f1fd9e0-891a-4576-be37-97617f75fe4c&acdnat=1525914807_64d07132459249f9b2ddcc7e151e2c89

- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Resultados Nacionales 2012*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Merchán, M. (2014). *Valores Predictoras de las Conductas de Autocuidado en las Personas con Diabetes Tipo 2*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante) Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles [OMENT] (2016). *Últimas Cifras de Diabetes en México ENSANUT MC 2016*. Recuperado de <http://oment.uanl.mx/ultimas-cifras-de-diabetes-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Informe Mundial Sobre la Diabetes*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
- Polit, D & Hungler, B. (2000) *Investigación Científica en Ciencia de la Salud, México, D.F.: Mc Graw Hill*
- Raile & Marriner (2011). *Modelos Enfermeros. Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 265-285). España: Elsevier.
- Real Academia Española [RAE] (2014). *Definición de Conducta*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=AChkdr3>
- Robles, A., López, J., Morales, K., Palomino, F., & Figueroa, Y. (diciembre, 2014). Autocuidado y Factores Condicionantes Presentes en las Personas con Diabetes Tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora. *Epistemos*, 17, 41-49. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Juan_Alberto_Lopez_Gonzalez/publication/3032

[89944 AUTOCUIDADO Y FACTORES CONDICIONANTES PRESENTES EN LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DE UNA COLONIA DE HERMOSILLO SONORA/links/573e0c8608aea45ee842e268/AUTOCUIDADO-Y-FACTORES-CONDICIONANTES-PRESENTES-EN-LAS-PERSONAS-CON-DIABETES-TIPO-2-DE-UNA-COLONIA-DE-HERMOSILLO-SONORA.pdf](https://www.gob.mx/salud/articulos/89944-AUTOCUIDADO-Y-FACTORES-CONDICIONANTES-PRESENTES-EN-LAS-PERSONAS-CON-DIABETES-TIPO-2-DE-UNA-COLONIA-DE-HERMOSILLO-SONORA/links/573e0c8608aea45ee842e268/AUTOCUIDADO-Y-FACTORES-CONDICIONANTES-PRESENTES-EN-LAS-PERSONAS-CON-DIABETES-TIPO-2-DE-UNA-COLONIA-DE-HERMOSILLO-SONORA.pdf)

Secretaria de Salud [SSA], (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010,*

Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus.

Recuperado de

<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

SSA, (2016). *¿Para qué Sirve la Cartilla Nacional de Salud?* Recuperado de

<https://www.gob.mx/salud/articulos/para-que-sirve-la-cartilla-nacional-de-salud?idiom=es>

Soler, Y., Pérez, E., Del Carmen, M., & Quezada, D., (mayo-junio, 2016).

Conocimientos y Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Archivo Medico de Camagüey, 20, (3), 244-252. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300004

Troncoso, C., Delgado, D., & Rubilar, C. (enero-junio2013). Adherencia al

Tratamiento en Pacientes con Diabetes Tipo 2. *Revista Costarricense de Salud*

Pública, 22, (1), 9-13. Recuperado de

<http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>

Ulloa, I., Mejía, C., Plata, E., Noriega, A., Quintero, D., & Grimaldos, M. (2017).

Proceso de Enfermería en la persona con Diabetes Mellitus desde la

perspectiva del autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 33, (2).

Recuperado de

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174/269>

Apéndices y Materiales Complementarios.

Apéndice A. carta de aprobación de tema



Puebla, Pue. a 1 de diciembre de 2017

ASUNTO: Aprobación de tema

A QUIEN CORRESPONDA:

Presente.


Por medio de la presente tengo a bien comunicarle a Usted **C. Ricardo Maganda Hernández** con ID y número de Matrícula estudiante de la Maestría en Ciencias de la Enfermería, generación 2016 – 2018 se aprueba la investigación denominada:

Nombre:	Conductas de Autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2 que acuden a una clínica de primer nivel
Instrumento:	Instrumento de autocuidado
Población:	
Asesor metodológico:	D.C.E. Gudelia Najera Gutierrez

Para el logro de este objetivo se da cumplimiento a la fase de aceptación del tema y continuar con su proceso de titulación.

Atentamente
Comité de Investigación


Mtra. Florentina Salazar Mendoza
 Directora Académica de Posgrados en Enfermería


Mtro. José Alfredo Romero Soriano
 Coordinador de Investigación en Posgrados de Enfermería


Mtra. Guadalupe Rojas Morales
 Comité de Investigación

Dra. Gudelia Nájera Gutiérrez
 Asesor Metodológico

C.c.p. Archivo
Estudiante

UPAEP
21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 0400
Fax: 01 (222) 232 5251
01 800 774 2200
www.upaep.mx

Apéndice B. Carta de asesor principal



Carta Compromiso de Asesor principal de Tesis

Puebla, Pue. a 01 de diciembre de 2017

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del **C. Ricardo Maganda Hernández** que en caso de ser aceptado en el Programa académico: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Conductas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2 en una Comunidad de Guerrero**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignatura optativa que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

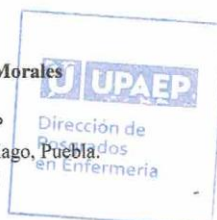
Mtra. Guadalupe Rojas Morales

ID 3333002

Catedrático UPAEP

9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla.

2299400 ext. 7713



C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP

21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 232 5151
01 800 524 7300
www.upaep.mx

Apéndice C. Carta de co-asesor



Carta Compromiso de co-asesor de tesis

Puebla, Pue. a 01 de diciembre de 2017

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del **C. Ricardo Maganda Hernández** que en caso de ser aceptado en el Programa académico: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**:

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Conductas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2 en una Comunidad de Guerrero**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignatura optativa que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.

Atentamente

Mtro. José Alfredo Romero Soriano
ID 110786

Maestría en Ciencias de la Enfermería
Coordinador de investigación en Enfermería UPAEP / Enfermero General ISSSTE
9 poniente 1712 Barrio de Santiago, Puebla
2299400 ext. 7848



C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP

21 Sur 1103
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 73410

Tel: 01 (222) 229 9400
Fax: 01 (222) 253 5251
01 (800) 224 2309
www.upaep.mx

Apéndice D. Cesión de derechos



Asunto: Cesión de Derechos


Puebla, Pue., México a 01 de diciembre de 2017


Comité Académico de Investigación
 Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
 El proyecto de Investigación titulado **Conductas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2 en una Comunidad de Guerrero** es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.


Los autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en algún medio.
- Que no ha sido remitido para su publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la Investigación, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.
- Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.


A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.


 Ricardo Maqanda Hernández
 Nombre y firma del Estudiante (s)


 Mtra. Guadalupe Rojas Morales
 Asesor Metodológico


 Mtra. Florentina Salazar Mendoza
 Directora de Posgrados en Enfermería




 Mtro. José Alfredo Romero Soriano
 Coordinador de Investigación
 Asesor de Contenido

C.c.p. Coordinación de Investigación

UPAEP
 21 Sur 1103
 Barrio de Santiago
 Puebla, Pue. México
 C.P. 72410

Tel: 01 (222) 229 9400
 Fax: 01 (222) 232 5251
 01 800 324 2299
 www.upaep.mx

Apéndice E. Oficio de solicitud de aplicación de encuestas



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Puebla, Pue. a 11 de abril de 2018

C. Mario Vargas Hernández
Comisario de la Comunidad de Bajos del Ejido
Municipio de Coyuca de Benites, Guerrero
PRESENTE:

La que suscribe **Mtra. Florentina Salazar Mendoza**, Directora de Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (U.P.A.E.P.), por medio del presente, me es grato saludarle, así mismo solicitar su valioso apoyo para el estudiante **L.E. Ricardo Maganda Hernández** con No. Id 3387084 y Matrícula 69700239 estudiante del Posgrado en la **Maestría en Ciencias de la Enfermería** pueda ingresar a la institución que usted dignamente dirige para la aplicación de instrumentos que aportarán datos importantes y con esto llevar a cabo la tesis de titulación que a continuación le detallo:

Nombre:	Conductas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2 en una Comunidad de Guerrero
Objetivo:	Determinar el autocuidado que tienen las personas con DM2 de una comunidad rural de Acapulco
Instrumento:	Cuestionario De Las Conductas De Autocuidado En El Manejo Del Régimen Terapéutico De La DMT2
Periodo:	15 al 30 de abril de 2018
Población:	Personas con diabetes tipo 2

Con la finalidad de acreditar el Posgrado de su Maestría en Ciencias de la Enfermería, motivo por el cual me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para la recolección de datos. Adjunto a la presente, sírvase encontrar propuestas de los instrumentos.

Agradeciendo de ante mano su invaluable apoyo a esta Universidad, en beneficio de la capacidad del profesional de Enfermería, quedo a sus distinguidas órdenes.

ATENTAMENTE

"Crear Corrientes de Pensamiento y Formar Líderes que Transformen a la Sociedad"

M. en C. Mario Vargas Hernández
Comisario de la Comunidad de Bajos del Ejido
Municipio de Coyuca de Benites, Guerrero

Mtra. Florentina Salazar Mendoza Dirección de Posgrados en Enfermería
florentina.salazar@upaep.mx
229-94-00 ext. 7812
Dirección de Posgrados en Enfermería
U.P.A.E.P.

Mtro. José Alfredo Romero Soriano (josealfredo.romero@upaep.mx) /Coord. de Investigación en Enfermería
Archivo

Posgrados en Enfermería
9 Poniente 1712. Barrio de Santiago
CP. 72410, Puebla, Pue. México
Teléfono: (222) 2 29 94 00 Ext. 7848 y 7713
www.upaep.mx

Apéndice F. Carta de consentimiento informado



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación

Consentimiento Informado

A quien Corresponda

Fecha _____ del 2018.

En el momento de firmar este documento, acepto de conformidad participar de manera voluntaria en el Proyecto de Investigación titulado **Conductas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2 en una Comunidad de Guerrero**; donde se me informó que tiene como propósito **conocer las conductas autocuidado que tienen los adultos con DT2 que residen en una comunidad Guerrero desde sus dimensiones de alimentación, actividad física, cuidado de pies, control de glucemia, tratamiento farmacológico y asistencias a su consulta para su control.**

También se me dio a saber que no corro ningún riesgo, puedo retirarme cuando así lo decida. Se me aseguró que se respetará mi privacidad, mis derechos como ser humano, y la información que proporcionaré será confidencial, a la que tendrá acceso únicamente el grupo de investigación.

Por lo que doy mi autorización al L.E. Ricardo Maganda Hernández para que realice las preguntas contenidas en el instrumento Cuestionario De Las Conductas De Autocuidado En El Manejo Del Régimen Terapéutico De La DMT2 en los que se recabará información y a los que responderé de conformidad.

Firma del Informante

Firma del
Aplicador/Investigador

Apéndice G. Instrumento



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación

CUESTIONARIO DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN EL
MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE LA DMT2

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. EDAD	
---------	--

2. SEXO	Mujer
	Hombre

3. LUGAR DE RESIDENCIA	Rural
	Urbano

4. ESTADO CIVIL	Soltero	Divorciado	Otros
	Casado	Viudo	

5. NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios
	Estudios primarios
	Estudios medios (FP, administrativo...)
	Estudios universitarios

6. CON QUIÉN CONVIVE	Vive solo	Vive solo
	Con su pareja	Con su pareja
	Con pareja e hijos	Otros

7. PROFESIÓN	Ama de casa	Construcción	Profesión liberal
	Sector servicios	Sector agrario	

8. SITUACIÓN LABORAL	Jubilado por edad	Jubilado por enfermedad
	Activo	En paro

9. DURACIÓN DE LA DIABETES	Entre 1-10 años
	>10 – 20 años
	> 20 años

10. TRATAMIENTO DE LA DIABETES	Insulina
--------------------------------	----------

	Insulina y antidiabéticos orales
	Dieta e insulina
	Antidiabéticos orales
	Dieta y antidiabéticos orales
	Sólo dieta

11. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES	Sí
	No

12. COMPLICACIONES DE LA DIABETES	No	
	Sí	Corazón
		Riñón
		Ojos
		Circulación
		Pies
	Otros	

13. N° DE INGRESOS EN LOS DOS ÚLTIMOS	
---------------------------------------	--

14. ¿TIENE LA TENSION ARTERIAL ALTA?	Sí
	No
15. ¿SE LA CONTROLA?	Sí
	NO

16. PESO		TALLA		IMC	
----------	--	-------	--	-----	--

17. SI OBESIDAD O SOBREPESO ¿HA SEGUIDO ALGUNA DIETA DE ADELGAZAMIENTO?	Sí
	No

18. HABITOS TOXICOS	SI	NO
Fuma		
Ha intentado dejarlo desde que sabe que tiene diabetes		
Bebe		
Ha intentado dejarlo desde que sabe que tiene diabetes		

En caso

afirmativo:

Cuántos cigarros fuma al día?	< 5 cigarros	¿Cuánto bebe al día?	1 copa
	5 – 10 cigarros		2 copas
	10 – 15 cigarros		3 copas
	1 paquete		4-5 copas
	>1 paquete		>5copas

INFORMACIÓN SOBRE LOS AUTOCUIDADOS

19. FUENTES DE INFORMACION SOBRE LOS AUTOCUIDADOS		Medios sanitarios (enfermera, médico...)
		Otros medios

20. En caso de que la información la obtenga de los medios sanitarios, ésta es dada por

	M	B	S	P	N
Enfermera					
Médico					
Endocrino					
Otros (podólogo, oculista, ...)					

21. Esta información sobre los autocuidados de su diabetes, los profesionales sanitarios se la dan

	SI	NO
De forma individual en la consulta		
En grupo con otros diabéticos		
De ningún tipo		

22. ¿Le dan los profesionales sanitarios instrucciones escritas sobre los cuidados a seguir?

M	B	S	P	N
(M: mucha B: bastante S: suficiente P: poca N: nada)				

23. ¿Algún familiar suyo ha recibido información sobre la diabetes, de los profesionales sanitarios?

M	B	S	P	N
(M: mucha B: bastante S: suficiente P: poca N: nada)				

24. Considera que la información que tiene para poder llevar un buen control de su diabetes es:

M	B	S	P	N
(M: mucha B: bastante S: suficiente P: poca N: nada)				

ALIMENTACION

	S	CS	AV	CN	N
1. Consume alimentos de forma regular 5-6 veces al día (De-Co-Ce- a media mañana, a media tarde y antes de acostarse)					
2. Sigue usted diariamente un horario regular de comidas (desayuna, come, cena, merienda, aproximadamente a las mismas horas)					
3. Come cuando tiene hambre sin tener un control estricto de las horas					
4. Cuando come tiene en cuenta tanto la cantidad como el contenido de los Alimentos					
5. Come aproximadamente la misma cantidad de comida todos los días					
6. Suele saltarse alguna comida al día, bien sea el desayuno, la comida, la merienda, la cena, etc.					
7. Evita o procura no incluir en su alimentación los alimentos que tiene Desaconsejados o prohibidos (como azúcares, refrescos, pasteles, gelatinas...)					
8. Come semanalmente más veces pescado que carne					
9. Consume diariamente fruta, verduras, cereales y leche o yogures desnatados					
10. Come menos cantidad de comida de lo que le apetecería por culpa de su Diabetes					
11. Se controla el peso con regularidad cada cierto tiempo					

¿Qué ejercicio realiza?: Pasear Ir al gimnasio Otros

	S	CS	AV	CN	N
1. Realiza ejercicio (como pasear) de forma habitual todos los días					
2. Hace ejercicio o pasea a las mismas horas todos los días					
3. Dedicar aproximadamente el mismo tiempo cada vez que pasea o hace					

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

EJERCICIO

Ejercicio					
4.Lleva “algo” de comer cuando hace ejercicio o pasea					
5.Hace ejercicio o pasea después de desayunar o comer y no en ayunas					
6.El ejercicio o el paseo lo realiza acompañado					

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

AUTOCAUIDADO DE LOS PIES	S	CS	AV	CN	N
1. Se observa usted la planta de los pies diariamente					
2.Utiliza un espejo para observárselos					

efectivamente le ha bajado, toma enseguida azúcar o algún producto azucarado					
6.Durante cada cierto tiempo se realiza varios controles de glucosa al día					
7.Se realiza cada año un análisis completo de sangre y orina					
8.Lleva un registro de las cifras de glucemia					
9.Hace su máximo esfuerzo para tener sus cifras de azúcar lo más cerca posible de la normalidad					

AUTOCONTROL DE LA GLUCEMIA	S	CS	AV	CN	N
1.Se realiza los controles de azúcar con su aparato en casa					
2.Los controles de la azúcar los realiza usted mismo					
3.Se realiza los controles del azúcar que le recomiendan					
4.Cuando se encuentra mal y sospecha que tiene una bajada de azúcar se hace un control de azúcar					
5.Si nota que el azúcar le ha bajado o comprueba mediante un control que					
3.Cuida sus pies como le tienen recomendado (se los lava todos los días con jabón suave y los seca sin friccionar)					
4. Evita andar descalzo por la casa, la playa ...					
5. Visita al podólogo con regularidad					
6.No se corta las uñas, se las lima					
7.Si se corta las uñas lo hace de forma recta					
8.Cuando le aparece un callo, herida o lesión en los pies, consulta al profesional Sanitario (enfermero, médico, podólogo...).					

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

10. Lleva placa identificativa (como placa colgada al cuello, pulsera, etc.) advirtiéndole de su condición de diabético					
---	--	--	--	--	--

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (pastillas o insulina)	S	CS	AV	CN	N
1. Cumple la pauta en cuanto al número de veces que debe inyectarse la insulina o tomarse las pastillas del azúcar					
2. Sigue las recomendaciones en cuanto a la cantidad de insulina que se inyecta o las pastillas que se toma					
3. Se inyecta la insulina o se toma las pastillas a las mismas horas todos los días					
4. Lleva un registro escrito de la medicación que toma o se inyecta para su diabetes					
5. Según las cifras de glucemia, modifica la medicación					
6. Olvida tomar las pastillas del azúcar o ponerse la insulina					
7. Si olvida una toma de la medicación, en la toma siguiente se administra el doble					
8. Cuando le surge una duda o algún problema con la medicación o algún otro aspecto de su diabetes consulta a los profesionales sanitarios					
9. Tiene glucagón en casa					
10. Cuenta con familiares, amigos o personas cercanas a usted que saben utilizarlo					
11. Lleva usted el control de la medicación de su diabetes (pastillas o insulina)					
12. Prefiere ser usted el que lleve el control de la medicación a que se lo lleven					
Otros					

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

ASISTENCIA A LAS CONSULTAS PARA SU CONTROL	S	C	SA	AV	CN	N
1. Asiste a la consulta de la enfermera cuando tiene programados los controles de su diabetes						
2. Asiste a la consulta del médico cuando tiene los controles de su diabetes						
3. Asiste a la consulta de otros profesionales (endocrino, oftalmólogo, podólogo, dentista, etc.) para controlar su diabetes						
4. Trata de organizar todas sus actividades u obligaciones cotidianas para no faltar a la consulta de revisión de su diabetes						
5. Cuando le surge alguna duda sobre los cuidados o se le presenta algún problema con su diabetes consulta con los profesionales sanitarios						

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

Apéndice H. Cronograma de actividades

Cronograma de actividades.

Actividades	Fecha	Diciembre 2017	Febrero 2018	Abril 2018	Mayo 2018
Autorización de tema.		■			
Selección de población de estudio.			■		
Aplicación de encuestas.				■	
Captura de datos en SPSS.				■	

Análisis de Resultados				
Presentación de trabajo.				