



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

**SISTEMA UNIVERSITARIO DE MODALIDADES ALTERNATIVAS
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA MODALIDAD MIXTA
CAMPUS PUEBLA**

Tesis

**Para obtener el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería**

**Nombre del tema de investigación:
Autocuidado en Pacientes con Diabetes Tipo 2 de un Centro de
Salud Comunitario**

**Presenta
Susan Paola Flores Ojeda**

**Asesor
M. E. Alejandro Torres Reyes**

Puebla, Pue. México 2023.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

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

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

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.

Índice Temático

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Problema de Investigación	1
1.1.1 Pregunta de investigación.	4
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivo General	5
1.3.1 Objetivos específicos.	5
Capítulo II	
2. Marco de Investigación	6
2.1 Marco Teórico	6
2.1.1 Definición de términos.	7
2.2 Revisión del Estado de Arte-Estudios Relacionados	8
Capítulo III	
Método Teórico	12
3.1 Enfoque Metodológico	12
3.2 Diseño de estudio	12
3.3 Población, Muestra y Muestreo	12
3.3.1 Población-Características de los participantes	12
3.3.2 Procedimiento de muestreo	12
3.3.3 Tamaño de la muestra	12
3.4 Criterios de Selección de la Muestra	13
3.4.1 Criterios de inclusión	13
3.4.2 Criterios de exclusión	13
3.4.3 Criterios de eliminación	13
3.5 Procedimiento de Medición de Variables y Recolección de Datos	13
3.6 Cedula de Datos Sociodemográficos e Instrumento de Investigación	14

3.6.1 Cédula de Datos Sociodemográficos	14
3.6.2 Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017).	15
3.7 Ética de estudio	16
Capítulo IV	
4. Resultados	18
4.1 Descripción	18
4.2 Progresión del estudio	18
4.3 Resultados de los Objetivos	19
4.4 Conclusión	28
4.5 Recomendaciones	28
Referencias	30
Apéndices	
A. Carta de Consentimiento Informado	34
B. Cédula de Datos de Identificación	35
C. Instrumentos de Recolección de Datos	36
D. Cronograma de Actividades	37

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de Investigación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Un efecto común de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas del cuerpo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La prevalencia de esta enfermedad ha venido aumentando más rápidamente en los países de renta baja y de renta mediana que en los de renta elevada. Por lo tanto la diabetes es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Para el 2019, la diabetes fue la novena causa más importante de muerte: según los cálculos, 1,5 millones de defunciones fueron consecuencia directa de esta afección (OMS, 2021).

La diabetes es un problema de salud creciente, serio y costoso. Muchos países en desarrollo han experimentado incremento en la incidencia de diabetes; sin embargo, la morbilidad en países subdesarrollados ha sido poco estudiada. La diabetes tipo 2 afecta a 150 millones de personas en el mundo. La OMS calcula que para el año 2025 habrá 299 974 000 personas con diabetes mellitus tipo 2 (Mann, y Nacach, 2016).

Desde el año 2000, la diabetes mellitus en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres. En 2010, esta enfermedad causó cerca de 83 mil muertes en el país (Secretaría de Salud [SS], 2020).

México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA, 2000), así como de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (ENSANUT 2006 y 2012), muestran que la diabetes mellitus por diagnóstico médico previo (excluyendo los casos que desconocían su condición) aumentó, de 5.8% en la ENSA (2000),¹ a 7.0% en la ENSANUT (2006) ² y a 9.2% en la ENSANUT [2012] (Rojas Martínez, Basto Abreu, Aguilar Salinas, Zárate Rojas, Villalpando y Barrientos Gutiérrez, 2018).

Sin embargo, la Diabetes tipo 2 es un problema de salud pública; por lo que deben generar e implementarse estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, aplicando en todos los niveles de atención con miras a establecer el control de la diabetes en forma temprana y sostenida (Villalobos et al., 2018).

La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad; y cuando esta ocurre, debe limitar el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, por lo que se realizan en tres niveles: Prevención Primaria: Tiene por objeto evitar el inicio de la diabetes mellitus, con acciones que se toman antes que se presenten las manifestaciones clínicas. Por lo cual se debe de modificar el estilo de vida y las características socioambientales, como la obesidad, sedentarismo, hiperlipidemias, hipertensión, tabaquismo y nutrición inapropiada (Abuid et al., 1999).

En cuanto a la Prevención Secundaria, la enfermedad cardiovascular (ECV) se asocia con peor pronóstico para el paciente con Diabetes tipo 2 e incrementa el riesgo de muerte y complicaciones cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca (IC). Así mismo como objetivo procurar el buen control de la enfermedad, retardar su progresión y prevenir las complicaciones agudas y crónicas (Marzal Martín, 2018).

Por último de la Prevención Terciaria, tienen como finalidad brindar un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social a las personas. Con la finalidad de buscar a personas que presentan complicaciones crónicas no lleguen a alguna discapacidad por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético, además de evitar la mortalidad temprana por enfermedad cardiovascular (Cruz Pimentel y Suaste Ortiz, 2021).

El tratamiento de la Diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. El objetivo fundamental del tratamiento es el control de la glucemia, lograr la ganancia adecuada de peso con terapia médica nutricional, el ejercicio físico sistemático y evitar cetonuria y episodios de hipoglucemia (Prevención, S., de la Salud, P., de Integración, S., y del Sector Salud, 2018).

Las complicaciones crónicas de la Diabetes Tipo 2 incluyen el progresivo desarrollo de retinopatía, con potencial ceguera; nefropatía que puede llevar al fallo renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras plantares, amputación o pie de Charcot; determinadas infecciones; alteraciones odontológicas, neuropatía autonómica; y enfermedades cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o arteriopatía periférica (Enderica, Mendoza, Apolo y Flores, 2019).

El autocuidado es considerado uno de los principales componentes del complejo tratamiento que la persona con Diabetes tipo 2 debe asumir, exigiendo que ella tenga conocimiento y habilidades para desarrollar los comportamientos de autocuidado que son esenciales para el tratamiento y mantener la calidad del control metabólico, reduciendo las morbididades asociadas a las complicaciones de la Diabetes tipo 2. En ese sentido, la educación para el autocuidado es recomendada por ser una herramienta

que hace a la persona con Diabetes tipo 2 protagonista de su tratamiento, permitiendo mayor adhesión al esquema terapéutico y, así, la prevención de las complicaciones originadas por ese problema crónico (González, Leyva y Amador, 2019).

1.1.1 Pregunta de investigación.

¿Cuáles es el nivel de Autocuidado en Pacientes con Diabetes tipo 2 de un Centro de Salud Comunitario?

1.2 Justificación

En el presente trabajo, esta investigación contribuirá a conocer el nivel de autocuidado que poseen los pacientes que acuden a la consulta a este Centro de Salud Comunitario y cómo esta influye en el autocuidado del mismo, de esta manera obtendremos resultados que nos permitirán conocer la realidad del tema, mismo que en nuestro país es poco abordado y al que no se le da la debida importancia por lo cual tenemos altas tasas de complicaciones.

Por lo cual se ve la necesidad de investigar cual es el nivel de autocuidado que poseen los pacientes diagnosticados con Diabetes Tipo 2, porque nos permitirá conocer cuánto conocen acerca de la enfermedad, y cuál es el cuidado que estas personas brindan sobre sí mismas, así sabremos de qué forma se debe intervenir, ya que si bien es cierto el personal de salud es responsable de brindar educación y asesoramiento en cuanto a la enfermedad, pero el personal de enfermería quien debería plantear propuestas educativas efectivas que ayuden a obtener los conocimientos en estos pacientes, ya que muchas de las veces no cubre las necesidades requeridas lo cual se corrobora observando el aumento en las cifras de morbi-mortalidad, a nivel mundial y no así en nuestro país (Cevallos Parrales, J. A., 2019).

Para finalizar, este estudio servirá para mejorar la calidad de información que se imparte a los usuarios y familia, misma que debe ser constante y adecuarse a las necesidades de los pacientes y su entorno; recalando así que el personal de salud no solo deberá impartir conocimiento sino también deberá concientizar a los pacientes a ser gestores de su propia salud. Ya que entre mejor calidad de conocimientos y habilidades para el control de la enfermedad mejor será el autocuidado.

1.3 Objetivo General

Determinar el nivel de Autocuidado en Pacientes con Diabetes Tipo 2 de un Centro de Salud Comunitario.

1.3.1 Objetivos específicos.

- Describir las variables personales y clínicas de los pacientes.
- Determinar la confiabilidad del instrumento aplicado.

Capítulo II

2.- Marco de Investigación

2.1 Marco Teórico

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería. Además define el objetivo de la enfermería como: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad (Naranjo Hernández, 2019).

Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (Concepción Pacheco, Naranjo Hernández, y Rodríguez Larreynaga, 2017).

Desde la perspectiva de enfermería el autocuidado es una estrategia que responde a las metas y prioridades de la disciplina, que puede considerarse como una herramienta útil para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de sus complicaciones, apoyándose preferentemente en las teorías de enfermería como es el caso de la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem (Ulloa Sabogal, 2017).

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar; por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano (Concepción Pacheco, Naranjo Hernández, y Rodríguez Larreynaga, 2017).

Esta teórica tiene como supuesto principal que “el cuidado no es innato”, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea (Vega Angarita, O. y Gonzalez Escobar, D. S., 2017).

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía (Concepción Pacheco, Naranjo Hernández, y Rodríguez Larreynaga, 2017).

2.1.1 Definición de términos.

Autocuidado: es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores

que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo (Peña y Salas, 2010).

Diabetes tipo 2: La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Generalmente sucede cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida (Peña y Salas, 2010).

2.2 Revisión del Estado de Arte-Estudios Relacionados

Cevallos Parrales (2017) determinó la adherencia terapéutica y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Para el desarrollo de la investigación se ejecutaron el método de inducción – deducción y el de síntesis – análisis. Las técnicas aplicadas fueron la encuesta dirigida a los pacientes diabéticos y la entrevista dirigida a un especialista de acuerdo al tema de investigación, instrumentos que sirvieron para confrontar las respuestas obtenidas por las personas diabéticas, información procesada mediante la aplicación IBM SPSS 25, los resultados obtenidos revelaron que los factores que repercuten en la adherencia y autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2 son el factor económico y el abandono del tratamiento, debido a la escasez de necesidades para afrontar sus requerimientos para mejorar su salud.

Cullcush Rivera, y Luna Chuquicondor, (2021) realizó una investigación, tipo descriptivo, correlacional, y de corte transversal, tuvo como objetivo conocer la relación entre el conocimiento y autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2 de una institución de salud. Chimbote 2020. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes; quienes reunieron los criterios de inclusión. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta con los instrumentos: Cuestionario de conocimiento y un test de autocuidado sobre diabetes mellitus tipo 2, ambos válidos y confiables. Los datos se codificaron mediante el software Microsoft Excel 2016 para la base de datos y el software SPSS 26. Obteniendo las siguientes conclusiones: El 90.0% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen adecuado autocuidado, y el 10.0% inadecuado. El 78.0% presentan conocimiento alto, 22.0% regular, y ninguno conocimiento bajo. Existe relación altamente significativa entre conocimiento y autocuidado ($p=0.001$), y a mayor nivel de conocimiento mejora el autocuidado ($r=0.45$) del paciente con diabetes mellitus 2.

Borjas Salvatierra, (2017) determinó los conocimientos de autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM2. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: El 60% de adultos mayores presenta un nivel de conocimiento medio con tendencia a alto 22% sobre el autocuidado en la Diabetes Mellitus tipo 2. El nivel de conocimiento fue medio en las dimensiones alimentación 56%, actividad física 70%, cuidado de los pies 70% y tratamiento farmacológico 46%. Conclusión: Los

adultos mayores con DM2 tienen conocimiento medio sobre las prácticas de autocuidado sobre Diabetes Mellitus tipo 2.

Guaman Toapanta, (2018) investigó el nivel de conocimientos y actitud de pacientes y personal de enfermería en el autocuidado de la DM2 en el servicio de medicina interna del Hospital General Docente Ambato. Se trató de una investigación de estudio prospectivo, transversal y explicativo. La población estuvo conformada por 55 pacientes con DM2 y 15 enfermeras. La información y los resultados se obtuvieron mediante la escala Diabetes Management Self-Efficacy Scale por su nombre en inglés (DMSES), que mide la autoeficacia del autocuidado que tienen las personas que padecen DM2 constituida por 4 factores: Nutrición específica y peso, Nutrición general y tratamiento medicamentoso, Ejercicio físico y Glucosa sanguínea y se utilizó otro instrumento sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería que consta de las siguientes variables: conocimientos básicos de la enfermedad, factores de riesgo, signos y síntomas, tipo de nutrición saludable, actividad física, medicamentos, complicaciones agudas y crónicas, conocimiento de enfermería sobre los cuidados que deben tener los pacientes con DM2. En los resultados se evidenció que la DM2 predomina en el sexo femenino, edad adulta, el 38% tuvo <5 años de evolución de enfermedad, el 61% > de 10 años, en cuanto a las complicaciones la Retinopatía tiene mayor significancia en relaciona las otras complicaciones. El 51% de los pacientes encuestados tienen alto conocimiento sobre el autocuidado de la DM2, y 40% una actitud adecuada en cuanto al autocuidado de su enfermedad. El conocimiento del personal de enfermería en cuanto a la patología y actividades de autocuidado de los

pacientes, los resultados mostraron el 67% un alto conocimiento y el 87% una actitud adecuada sobre el autocuidado de esta afección.

Oviedo, Narváez, Torres, y Torres (2019) comprobaron los conocimientos y condiciones del autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, mediante un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 41 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de una IPS de Montería, Colombia. El cual la mayoría de participantes estuvieron entre 48 a 77 años; nivel educativo primario y bachillerato, 20% analfabeta; 88% reside en zona urbana y 73% son femeninos. Los pacientes manifestaron conocer los cuidados básicos, sin embargo, 46% desconocen en que consiste su enfermedad y las complicaciones de la misma. La medicación, ejercicio y alimentación son los temas educativos que con mayor frecuencia les brindan en los controles; con relación al automonitoreo sólo la reciben aquellos pacientes que se administran insulina; más de la mitad de los pacientes manifestaron haber presentado complicaciones agudas o crónicas como hipertensión arterial, hipoglicemia, retinopatía y neuropatía. Por lo que se evidencio deficiente conocimiento sobre la enfermedad y su autocuidado en los participantes del estudio, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias e intervenciones de apoyo educativo teniendo en cuenta las características sociodemográficas, necesidades e individualidades de los pacientes que permitan apropiarse de los conocimientos para alcanzar un adecuado autocuidado y metas terapéuticas.

Capítulo III

3.- Metodología

3.1 Enfoque Metodológico.

Se trata de un diseño de investigación de tipo cuantitativo; porque se midió la variable Autocuidado en Pacientes con Diabetes Tipo 2 de un Centro de Salud Comunitario

3.2 Diseño de estudio.

El diseño del estudio será, de tipo descriptivo y de corte transversal; porque se describió el Autocuidado en Pacientes con Diabetes Tipo 2 y de corte transversal porque solo se aplicó el instrumento de investigación en un solo momento, (Polit y Beck 2018; Hernández –Sampiere, Fernández – Collado & Baptista-Lucio, 2014).

3.3 Población, Muestra y Muestreo

3.3.1 Población-Características de los participantes

La población estuvo conformada por 313 pacientes con Diabetes Tipo 2 de un Centro de Salud Comunitario, de los cuales 106 se encuentran activos.

3.3.2 Procedimientos de muestreo

Será de tipo no probabilístico por conveniencia.

3.3.3 Tamaño de la muestra

La muestra se calculó con la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95%, error del 5% y un efecto estimado de 8.3%, para amortiguar el efecto de varianza, se incrementó un 10%, quedando una muestra final de 83 pacientes con Diabetes Tipo 2.

3.4 Criterios de Selección:

3.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexo y de cualquier edad con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 que asistan a sus consultas mensuales de control al Centro de Salud Comunitario y que bajo consentimiento informado firmen y acepten participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes de ambos sexo y de cualquier edad con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 que asisten irregularmente a sus consultas mensuales de control y que no sepan leer ni escribir.

3.4.3 Criterios de eliminación

Pacientes de ambos sexo y de cualquier edad con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 que asisten rara vez a sus consultas mensuales de control, que no sepan leer ni escribir y que no acepten participar en el estudio o dejen el instrumento incompleto.

3.5 Procedimiento para la recolección de datos.

Se iniciará con la aprobación por el Comité Revisor de Investigación de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Previa autorización por las autoridades institucionales en donde se realizará el estudio; una vez identificada la población de estudio, se asistirá en los horarios y días laborales, considerando el acceso por las autoridades, respetando las actividades rutinarias que el personal realiza. Se asistirá en los horarios de 8-16 horas en el turno matutino, durante la consulta externa, así mismo se invitará a todos los pacientes con Diabetes Tipo 2 con previa autorización firmando el consentimiento informado.

Durante la aplicación del instrumento, se tomarán las medidas necesarias que permitan respetar la privacidad de los pacientes, bajo los principios básicos de ética:

autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se informará sobre las medidas necesarias para intervenir, explicando detalladamente el objetivo del estudio, lectura y firma del consentimiento informado, orden para contestar, beneficios esperados, autorización para su uso y manejo de la información, anonimato y confidencialidad (Apéndice A). Se iniciará leyendo las instrucciones sobre el correcto llenado de los instrumentos exhortando a los participantes a contestar todas y cada una de las preguntas.

Para empezar, se contestará la cédula de datos personales (Apéndice B), seguida del instrumento Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017). Con un tiempo estimado para el procedimiento de 15 minutos. Al término de la recolección de datos, se dará gracias a los pacientes por su colaboración en el estudio, explicando que la responsabilidad que recae en el investigador, sin conflicto de intereses de ningún tipo, que la información recabada permanecerá resguardada por el mismo para su análisis y después de un año ésta será destruida.

3.6 Cédula de datos Sociodemográficos e instrumento de investigación.

En el siguiente apartado se describen: 1. Cédula de datos sociodemográficos; y el instrumento Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017).

3.6.1 Cédula de Datos Sociodemográficos.

Consta de 11 ítems dividiendo dos secciones, en la primera sección se cuestiona edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, mientras que en la segunda sección son datos clínicos, como: el tiempo de vivir con la diabetes (años), toma sus

medicamentos para la diabetes, estos siguientes rubros lo llenará el investigador: peso, talla, IMC, glicemia capilar.

3.6.2 Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017).

Se utilizó el instrumento Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017).

Este instrumento se encuentra conformado de 7 ítems las cuales establecen dieta, ejercicio físico y análisis de sangre. Las cuales se miden con 8 opciones de respuesta, en donde 0 corresponde a nunca y 7 siempre; para presentar los resultados del instrumento se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

El análisis factorial exploratorio ofreció un modelo con 3 factores y 7 ítems que explicaba el 79,2% de la varianza. Este modelo excluyó los ítems 4 (comidas con contenido graso) y 10 (cuidado de los pies) al no ser incluidos en ningún factor. También fue excluido el ítem 5 (solo se incluía en la versión original como pregunta adicional a la dimensión de alimentación).

El análisis confirmatorio permitió confirmar este modelo trifactorial con 7 ítems (dieta, ejercicio físico y autoanálisis) con unos buenos índices de ajuste. El análisis de multinormalidad mostró que los parámetros eran adecuados. Tras los análisis factoriales, se determinó el coeficiente de Cronbach del cuestionario resultante con 7 ítems (SDSCA) que fue finalmente de 0,62.

La puntuación media del SDSCA de 10 ítems fue de 4,48 (2,13-5,25) con desviaciones típicas entre 1,52-2,85. El análisis reveló que todos los ítems obtuvieron correlaciones ítem-total superior a 0,20, excepto la pregunta 4. El valor de Cronbach

obtenido fue de 0,63, y si se eliminaba la pregunta 4, aumentaba a 0,65. *Alpha de crombach.*

3.7 Ética de estudio

El presente estudio se justificará en lineamientos y principios de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (1987), encaminada a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología e investigación mexicana en los servicios de salud e incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dichas ley, que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, en apego a los siguientes artículos:

Artículo 14.-Fracción I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en que se refieren a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica (Reformado 2014); Fracción V. Contará con el consentimiento informado del individuo en quien se realizará la investigación o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables (Reformado 2014); Fracción VII. Contará con el dictamen favorable por el Comité Revisor de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente reglamento y demás disposiciones aplicables.

Artículo.16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del participante de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Reformado 2014).

Artículo.17.- Investigación sin riesgo: estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se realiza ninguna intención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

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

Art. 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos sobre: Fracción I. La justificación y los objetivos de la investigación; Fracción IV. Los beneficios que puedan observarse; Fracción VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación; Fracción VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios; Fracción VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; y Fracción XI. Que si existen gastos adicionales éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Censal (n=106)

22 pacientes no
quisieron participar

Muestra final (n=84)

La edad promedio fue de 57.76%, con una desviación típica de ± 11.24 . Además se puede observar que el género que predominó fue el femenino en su mayor parte; Sobresaliendo la ocupación de los pacientes que se dedican al Hogar con más del 42.9% de la muestra. Más del 90% de la población tiene entre 1 a 22 años viviendo con Diabetes Tipo 2, además un 77.4% de la muestra tiene Hiperglucemia, mientras que el 9.5% se encuentra con Normoglucemia.

Para cumplir con el Segundo objetivo que es: Determinar la confiabilidad del instrumento aplicado, se muestra la siguiente tabla.

Tabla 2. Coeficiente de confiabilidad del instrumento Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017).

Instrumento de estudio	Nº de Reactivos	Alpha de Cronbach
Instrumento Versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-Sp) en Personas con Diabetes tipo 2 (Caro Bautista, 2017).	7	.865
<i>Nota:</i> n= muestra		n = 84

Lo anterior muestra una confiabilidad alta del instrumento de acuerdo a Polit & Beck, 2018.

Para dar respuesta al objetivo general que hace mención determinar el nivel de autocuidado en pacientes con Diabetes Tipo 2 de un Centro de Salud Comunitario, se muestra en las siguientes tablas.

Tabla 3. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días ha seguido una alimentación

saludable?

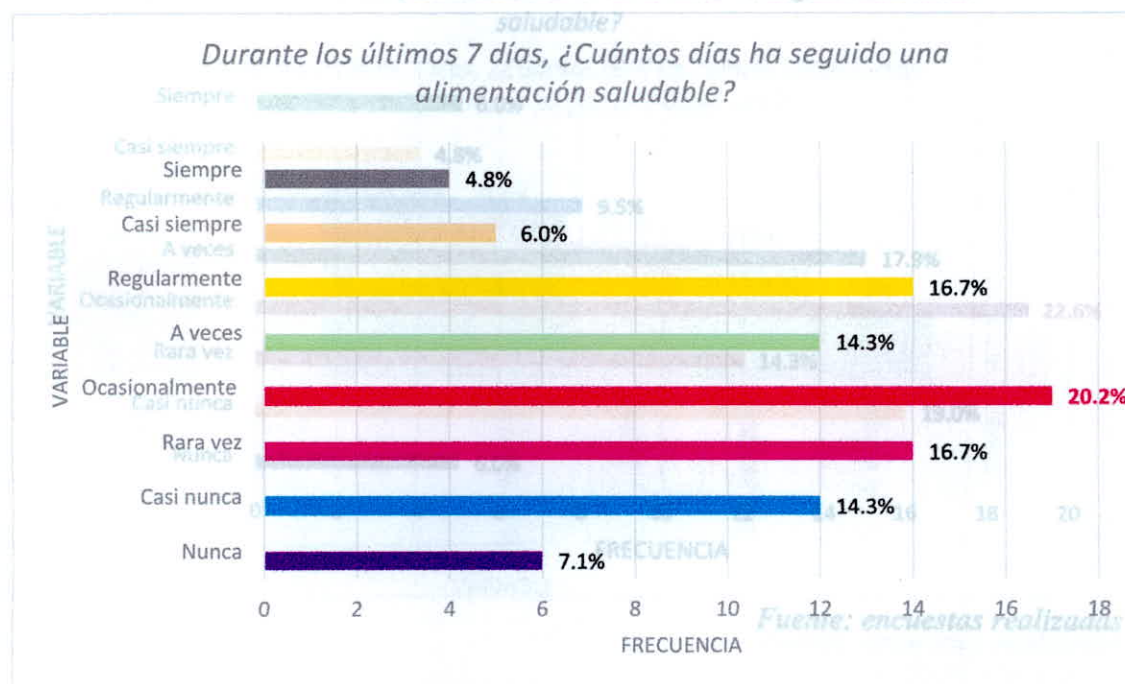
	Variable	f	%
0	Nunca	6	7.1
1	Casi nunca	12	14.3
2	Rara vez	14	16.7
3	Ocasionalmente	17	20.2
4	A veces	12	14.3
5	Regularmente	14	16.7
6	Casi siempre	5	6.0
7	Siempre	4	4.8

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

n = 84

En el cuadro anterior se observa que el 20.2% de la muestra estudiada en los últimos 7 días ocasionalmente ha seguido una alimentación saludable, mientras que el 4.8% de la muestra siempre realiza una alimentación saludable.

Figura 1



Fuente: encuestas realizadas

Tabla 7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días ha realizado una sesión 5. Específica de ejercicios (tales como natación, caminata, o ciclismo) aparte de lo que hace usted en su casa o como parte de su trabajo?

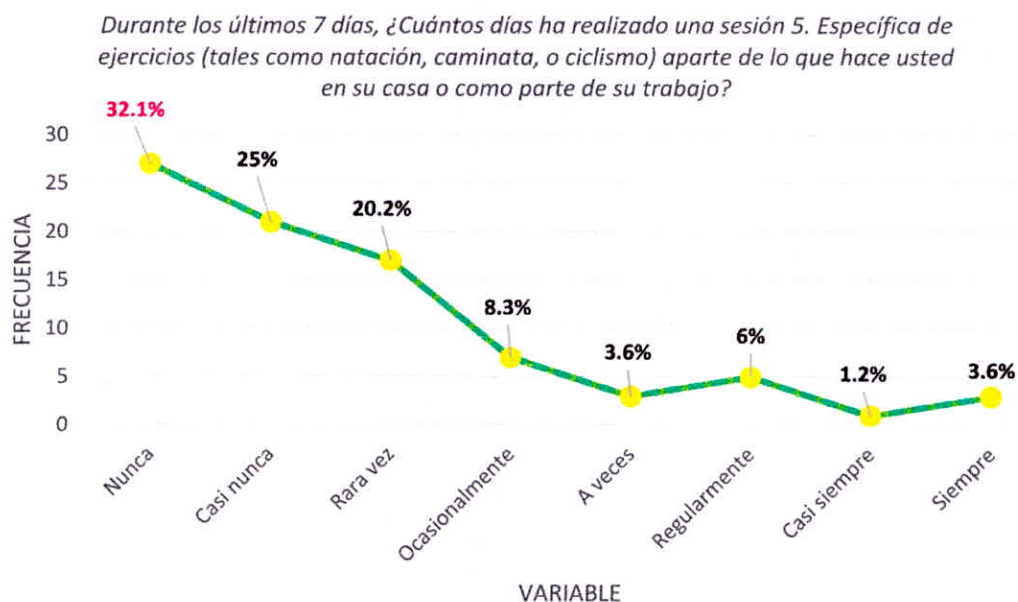
	Variable	<i>f</i>	%
0	Nunca	27	32.1
1	Casi nunca	21	25.0
2	Rara vez	17	20.2
3	Ocasionalmente	7	8.3
4	A veces	3	3.6
5	Regularmente	5	6.0
6	Casi siempre	1	1.2
7	Siempre	3	3.6

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

n = 84

En el cuadro anterior muestra que el 25% de la muestra estudiada casi nunca realiza ejercicios específicos tales como natación, caminata o ciclismo durante los últimos 7 días.

Figura 5



Fuente: encuestas realizadas

Tabla 8. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días se ha realizado análisis de azúcar en sangre?

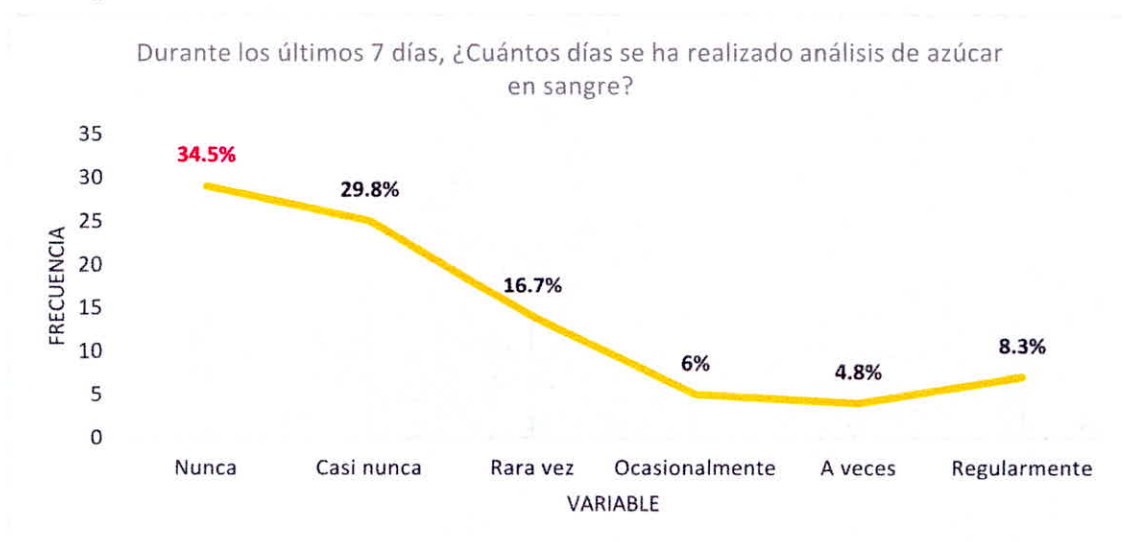
	Variable	<i>f</i>	%
0	Nunca	29	34.5
1	Casi nunca	25	29.8
2	Rara vez	14	16.7
3	Ocasionalmente	5	6.0
4	A veces	4	4.8
5	Regularmente	7	8.3

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 84

En el cuadro anterior muestra que más del 29% de la muestra estudiada casi nunca o nunca se realiza un análisis de azúcar en sangre durante los últimos 7 días.

Figura 6



Fuente: encuestas realizadas

Tabla 9. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días se ha realizado los análisis de azúcar en sangre en el número de veces que le han sido recomendado por los profesionales sanitarios?

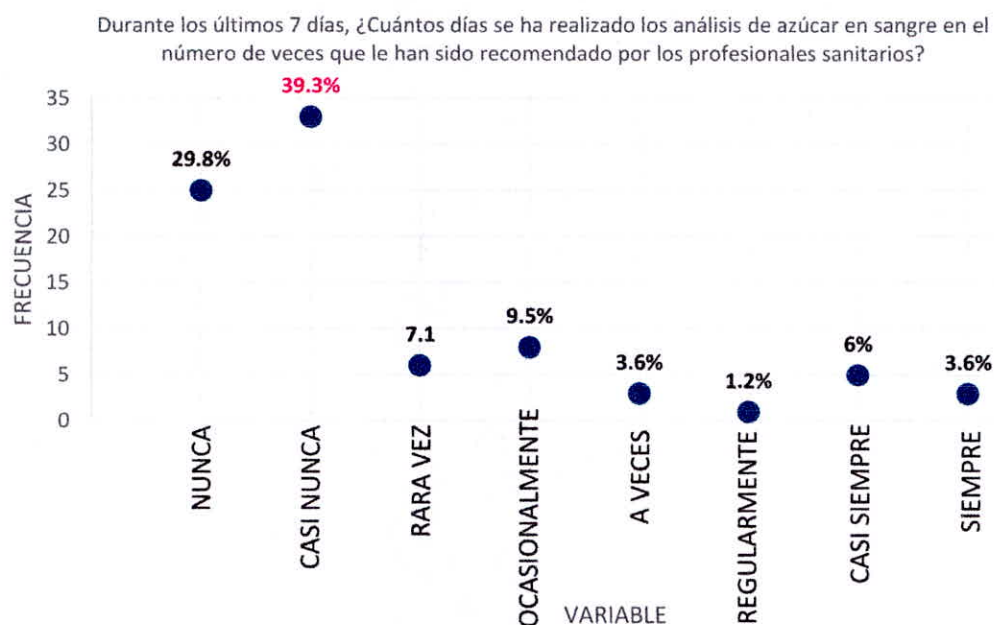
	Variable	<i>f</i>	%
0	Nunca	25	29.8
1	Casi nunca	33	39.3
2	Rara vez	6	7.1
3	Ocasionalmente	8	9.5
4	A veces	3	3.6
5	Regularmente	1	1.2
6	Casi siempre	5	6.0
7	Siempre	3	3.6

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 84

En el cuadro anterior muestra que más del 39% de la muestra estudiada durante los últimos 7 días casi nunca se ha realizado análisis de azúcar en sangre recomendado por los profesionales sanitarios.

Figura 7



Fuente: encuestas realizadas

4.4 Conclusión:

El nivel de autocuidado que posee los pacientes con Diabetes Tipo 2 del Centro de Salud Comunitario presentaron ausencia de autocuidado por lo que también influye el nivel bajo de conocimiento sobre Diabetes Tipo 2. El personal de enfermería debe de tener un conocimiento amplio en relación al tema de Diabetes Tipo 2, para poder responder a las necesidades del paciente.

Sin embargo en esta investigación se observó que la mayoría de los pacientes manifiestan estilos de vida no saludables, como incumplimiento de la dieta y el ejercicio físico, así como la falta de conocimiento de su enfermedad.

4.5 Recomendaciones:

Institución

Diseño e implementación de programas educativos para favorecer el autocuidado de estos pacientes en coordinación con personal responsable y de programas de apoyo para facilitar material didáctico, recursos, ferias de salud de intervención que promuevan el autocuidado de la Diabetes Tipo 2, de ser así realizarlo de manera mensual al acudir a la consulta de control intervenirlo con el personal a cargo del programa educativo.

Disciplina

La educación participativa de los pacientes involucrando para generar su propio aprendizaje en las intervenciones de autocuidado dirigidas para prevenir complicaciones de la Diabetes Tipo 2, en cuanto dimensión de dieta, ejercicio físico y análisis de sangre para la detección oportuna de alguna alteración, tratando así evitar discapacidades en los pacientes.

Investigación

Se debe de seguir estudiando este problema de salud, en especial la variable del autocuidado de los pacientes con Diabetes Tipo 2, ya que hay insuficientes programas educativos para poder apoyarse.

Con el objetivo de mejorar la atención y calidad del cuidado para evitar complicaciones a corto o largo plazo.

Referencias

- Abuid, J., Aguayo, J., Albañil, H., Bernal, M., Bisso Andrade, A., Burga Nuñez, J. L., ... y Seclén Santistebán, S. (1999). Consenso para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la intolerancia a la glucosa. *Acta méd. Peru*, 55-64.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2017). Epi Info™. Suport & Resources. Recuperado de <https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html>
- Caro-Bautista, J., Morilla-Herrera, J. C., Villa-Estrada, F., Cuevas-Fernández-Gallego, M., Lupiáñez-Pérez, I., y Morales-Asencio, J. M. (2016). Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*, 48(7), 458-467.
- Cevallos Parrales, J. A. (2019). Adherencia y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (Bachelor's thesis, Jipijapa-UNESUM).
- Centro Latinoamericano del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (BIREME, OMS y OPS, 2017. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. Ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OMS/OPS. Recuperado de <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- Concepción Pacheco, J., Naranjo Hernández, Y., y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Recuperado de <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>

- Cruz Pimentel, I. y Suaste Ortiz, L. (2021). Niveles de Atención y Prevención en Diabetes. Recuperado de <https://www.amdiabetes.org/post/niveles-de-atenci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-diabetes>
- Enderica, P. F. V., Mendoza, Y. O. G., Apolo, K. E. M., y Flores, J. J. O. (2019). Diabetes Mellitus Tipo 2: Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 26-37.
- Gray, J.R., Grove, S.K. y Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's Práctica de Enfermería en Investigación*. 8va. Edición. Missouri, Estados Unidos. Elsevier.
- Grove, S.K., Gray, J.R. y Burns, N. (2015). *Understanding Nursing Research. Building an Evidence-Based Practice* (6th Edition). Elsevier: China.
- González, L. L., Leyva, L. L., y Amador, C. A. S. (2019). Nivel de conocimientos sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Consultorio M 16. Diciembre 2018– Febrero 2019. Policlínico Leonilda Tamayo Matos. *Revista de Medicina Isla de la Juventud*, 20(2), 11).
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espiritana*, 19(3).
- Mann, J. P. M., y Nacach, A. Z. (2005). Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(2), 97-101.
- Marzal Martín, D. y Castro Conde A., (2018). Diabetes Tipo 2 en prevención secundaria recomendaciones y tratamiento. *SEC Monogr.* 2018;6(2): 1-2. Recuperado de <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2340-7352-dm2.pdf>

- Naranjo Hernández, C. Y., (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey SciELO*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814
- Ñonthe Baxcajay, E. (2019). Nivel de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a apoyo educativo del centro de salud de Tetepango, Hgo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). Diabetes. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Prevención, S., de la Salud, P., de Integración, S., y del Sector Salud, (2018). Proyecto De Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para La Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus. Recuperado de <http://www.qualitat.cc/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/2018.NOM015.SSA.DM.PDF>
- Peña, Y. N., & Salas, M. C. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global*, 9(2).
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., y Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 224-232.
- Secretaría de Salud (2020). Diabetes en México. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html#:~:text=Desde%20el%20a%C3%B1o%202000%2C%20la,encuentra%20en%20un%20nivel%20elevado>

- Ulloa Sabogal, I. M., (2017). Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(2), 0-0.
- Villalobos, J. Á. C., Lee, G. M., Ávila, M. H., Salinas, C. A. A., Barriguete-Meléndez, J. A., Morales, P. K., ... y Chávez, A. G. (2008). Plan de Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, 2007-2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16(3), 104-107.
- Valdés, E. V. y Camps, M. D. C., (2020). Características clínicas y frecuencia de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de diagnóstico reciente. *Revista Cubana Med Gen Integr.* 2;29(2).
- Vega Angarita, O. y Gonzalez Escobar, D. S., (2017). Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado Vol. 4 (4)*.

Apéndice B
Cédula de Datos de Identificación

Instrucciones: A continuación, se le solicita que conteste los apartados correspondientes a sus datos personales y laborales, le pedimos que conteste lo más sincero.

I. Datos sociodemográficos	
1. Edad	
años.	
2. Sexo	
1. Femenino	
2. Masculino	
3. Estado civil	
1. Soltera (o)	
2. Casada (o)	
3. Unión libre	
4. Divorciada (o)	
5. Viuda (o)	
4. Religión	
1. Católica	
2. Cristianismo	
3. Otra	
4. Sin religión	
5. Escolaridad	
1. Primaria	
2. Secundaria	
3. Bachillerato	
4. Licenciatura	
5. Sin estudios	
6. Ocupación	
1. Hogar	
2. Empleado	
3. Profesionista	
4. Campesino	
5. Obrero	
6. Desempleado	
7. Chofer	
8. Comerciantes	

II. Datos Clínicos	
7. Tiempo de diagnóstico de la diabetes	
años.	
8. Toma sus medicamentos para la diabetes	
1. Si	
2. No	
9. Peso	
Kg.	
10. Talla	
mts.	
11. Glicemia capilar	
mg/dL	

Apéndice C
Instrumentos de Recolección de Datos

Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2
Caro Bautista (2016)

Instrucciones: Las cuestiones de abajo preguntan sobre sus actividades para el autocuidado de su diabetes durante los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo/a en los últimos 7 días, por favor piense en otros 7 días en los que no estuviese enfermo. Rodee con un círculo el número que corresponde con su respuesta.

Dimensiones:	Respuesta							
Dieta								
1. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha seguido una alimentación saludable?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Durante el último mes, cuantos DÍAS A LA SEMANA ha seguido una dieta saludable?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha comido cinco o más porciones/raciones de frutas y vegetales?	0	1	2	3	4	5	6	7
Ejercicio Físico								
4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha realizado usted por lo menos 30 minutos de actividad física? (Minutos totales de actividad que incluye caminar)	0	1	2	3	4	5	6	7
5. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha realizado una sesión 5. Específica de ejercicios (tales como natación, caminata, o ciclismo) aparte de lo que hace usted en su casa o como parte de su trabajo?	0	1	2	3	4	5	6	7
Análisis de Sangre								
6. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado análisis de azúcar en sangre?	0	1	2	3	4	5	6	7
7. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado los análisis de azúcar en sangre en el número de veces que le han sido recomendado por los profesionales sanitarios?	0	1	2	3	4	5	6	7

