



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

**CONOCIMIENTOS Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS QUE
VIVEN CON DIABETES DE LA COMUNIDAD DE MANGAS,
LA CRUZ Y TLAHUELILPAN, HIDALGO.**

Para obtener el título de

Licenciada en Enfermería

PRESENTA

Yarazet Percastegui Hernandez

Director (a)

M.C.E Claudia Atala Trejo García

Codirector (a)

DCE. Benjamín López Nolasco

Comité tutorial

Dra. Karina Isabel Casco Gallardo
Dr. José Antonio Guerrero Solano
MCE. Claudia Atala Trejo García

Tlahuelilpan, Hidalgo., 06 de octubre de 2025



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelliapan
Campus Tlahuelliapan

06 de octubre de 2025

Asunto: Autorización de impresión formal.

M.C. MIGUEL ÁNGEL DE LA FUENTE LÓPEZ

Director de la Escuela Superior de Tlahuelliapan

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante Yarazet Percastegui Hernández, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es: "CONOCIMIENTOS Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS QUE VIVEN CON DIABETES DE LA COMUNIDAD DE MANGAS, LA CRUZ Y TLAHUELILPAN, HIDALGO," debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombre de integrantes del Jurado	Cargo	Firma
Dra. Karina Isabel Casco Gallardo	Presidente	
Dr. José Antonio Guerrero Solano	Secretario	
MCE. Claudia Atala Trejo Garcia	Vocal	
DCE. Benjamín López Nolasco	Vocal	



Ex-Hacienda de San Servando S/N, Col. Centro,
Tlahuelliapan, Hidalgo, México, C.P. 42970
Teléfono: 771 71 720 00 Ext. 771 71 199003
E-mail: escu_tlahuelliapan@uaeh.edu.mx

"Amor, Orden y Progreso"



2025



uaeh.edu.mx

DEDICATORIA

A mi mamá, cuya fortaleza, amor y sacrificios han sido el motor que me impulsó a llegar hasta aquí. Gracias por enseñarme a levantarme, a luchar y a creer en mí incluso cuando me faltaban fuerzas. Este logro también es tuyo.

A mi abuelita, que, con su cariño inmenso, sus palabras sabias y su presencia llena de paz ha sido un faro constante en mi vida. Gracias por abrazarme siempre con el corazón.

A mi tía, por su apoyo incondicional, por cada consejo y por estar a mi lado en cada etapa de este camino. Gracias por ser familia y refugio.

Y a Ruffo y Tommy, mis compañeros de vida, que con su amor puro y su compañía silenciosa llenaron mis días de consuelo en cada desvelo y en cada momento de cansancio. Gracias por recordarme, con solo estar, que nunca estuve sola.

Dedico este trabajo a quienes, con amor y presencia, han sostenido mi alma mientras yo sostenía mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme fortaleza y claridad para concretar este proyecto de vida.

A mis catedráticos, por su orientación y dedicación en la formación de mi desarrollo profesional como licenciada en enfermería.

A mi familia y amigos, por su apoyo constante y por acompañarme con palabras de ánimo durante mi formación profesional.

A todos, les agradezco sinceramente por ser parte de este logro.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
2.1 ESTUDIOS PREVIOS	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	8
4.1 Adulto.....	8
4.2 Conocimiento en diabetes.....	9
4.3 Autocuidado	10
4.4. Teoría de enfermería del autocuidado. Una teoría general.	11
4.5 Relación de la investigación con la teoría del autocuidado.....	22
V. HIPÓTESIS.....	24
VI. OBJETIVOS.....	24
6.1 General	24
6.2 Específicos.....	24
VII. METODOLOGÍA.....	25
7.1 Tipo Investigación	25
7.2 Diseño de la investigación	25
7.3 Límites de tiempo y espacio	25
7.4 Universo	25
7.5 Muestra	25
7.5.1 Criterios de Selección	25
7.5.1.1 Criterios de inclusión	25
7.5.1.2 Criterios de exclusión	26
7.5.1.3 Criterios de eliminación	26
7.6.1 Definición conceptual.....	26
7.6.2 Definición operacional (ver tabla apéndice 2).....	26
Variables sociodemográficas	26
7.1 Instrumentos de medición	27
Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes) (ver anexo 1)	27
Cuestionario de actividades de Autocuidado en Diabetes (ver anexo 2)	28
7.7 Procedimientos.....	29
7.1 Análisis	30
7.8 Difusión	30
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	31

IX. RESULTADOS	37
IX. DISCUSIÓN	46
XI. CONCLUSIÓN	48
XII. RECOMENDACIONES	49
XIII. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XIV. ANEXOS	55
14.1 Anexo No. 1 Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes)	55
14.2 Anexo NO. 2 cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes	58
14.3 Anexo No. 3 Constancia de presentación.....	62
14.4 Anexo No. 4 Dictamen de aprobación	63
15.1 Apéndice No.1 Cronograma de actividades	64
15.2 Apéndice No.2 Tabla de operacionalización	65
15.3 Apéndice No.3 Carta consentimiento informado	74
15.4 Apéndice No.4 Ficha de datos sociodemográfica	77
15.5 Apéndice No.5 Recursos.....	78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Representación de los factores condicionantes básicos	38
Tabla 2. Representación de nivel de autocuidado	40
Tabla 3. Representación Nivel de conocimientos	40
Tabla 4 nivel de autocuidado por sexo	41
Tabla 5. Nivel de conocimientos por sexo	42
Tabla 6. Nivel de conocimientos categorizada por edad	43
Tabla 7. Nivel de autocuidado categorizada por edad	44
Tabla 8. Relación de variable nivel de conocimientos con autocuidado	45

INDICE DE GRAFICOS Y FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual para la enfermería	13
Figura 2. Reclutamiento, asignación y análisis de muestra.	37

**CONOCIMIENTOS Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS QUE VIVEN
CON DIABETES DE LA COMUNIDAD DE MANGAS, LA CRUZ Y
TLAHUELILPAN, HIDALGO**

RESUMEN

Introducción: La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo conduce a daños graves en la salud. Es importante tener conocimientos y autocuidado para limitar las complicaciones derivadas de la enfermedad. **Objetivo:** Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La Cruz, y Tlahuelilpan Hidalgo. **Metodología:** investigación cuantitativa, descriptiva, no experimental y transversal. Muestra no probabilística por disponibilidad, constituida por 200 personas con un rango de edad de 25 a 80 años. Previo consentimiento informado se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre diabetes (DKQ24) con 0.78 de confiabilidad y el cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes con 0.725 por Alpha de Cronbach. **Resultados:** 64.5% son mujeres, predominando el rango de 57-64 años con 22%, 25% tiene estudios de secundaria, 42% son amas de casa. El 79% de los participantes reportaron un nivel de conocimientos inadecuado, 86.5% presentó un nivel de autocuidado inadecuado. No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y autocuidado ($p > 0.05$). **Discusión:** resultados similares con los reportados por González y colaboradores (2021) en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores y las prácticas de autocuidado,” menciona que los adultos mayores tienen conocimiento limitado sobre Diabetes Mellitus Tipo II. ($r = 0.58$, $p < 0.001$). **Conclusión:** El nivel de conocimientos en diabetes no se relaciona con el nivel de autocuidado en diabetes.

Palabras clave: Autocuidado, conocimientos, adultos, diabetes mellitus.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a chronic metabolic disease characterized by elevated blood glucose levels, which over time leads to serious damage to health. It is important to have knowledge and self-care to limit the complications derived from the disease **Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and the level of self-care in diabetes in adults in the communities of Mangas, La Cruz, and Tlahuelilpan Hidalgo. **Methodology:** quantitative, descriptive, non-experimental and cross-sectional research. Non-probabilistic sample by availability, consisting of 200 people with an age range of 25 to 80 years. Prior informed consent, the diabetes knowledge questionnaire (DKQ24) was applied with 0.78 reliability and the questionnaire of self-care activities in diabetes with 0.725 by Cronbach's Alpha. **Results:** 64.5% are women, adults aged 57-64 years predominated with 22%, 25% have secondary education, 42% are housewives. 79% of participants reported an inadequate level of knowledge, 86.5% presented an inadequate level of self-care. There is no significant relationship between the level of knowledge and self-care ($p = .275$). **Discussion:** Similar results with those reported by Gonzalez and collaborators (2021) in their study "Relationship between the level of knowledge about diabetes mellitus type II in older adults and self-care practices," mentions that older adults have limited knowledge about Diabetes Mellitus Type II ($r = 0.58$, $p < 0.001$). **Conclusion:** The level of knowledge in diabetes is not related to the level of self-care in diabetes.

Keywords: Self-care, knowledge, adults, diabetes mellitus.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo conduce a daños graves en la salud. La prevalencia mundial de la diabetes ha ascendido en la población adulta. Ya es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, se ha ido incrementado de magnitud por la incidencia en el alto costo de su tratamiento y prevalencia de sus complicaciones.

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La cruz, y Tlahuelilpan Hidalgo.

Es un estudio de investigación aplicada, cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal. La investigación se enfocó en conocer el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes. Para su evaluación se seleccionaron dos instrumentos validados y con grado de confiabilidad en la medición de las respectivas variables el primero que se uso fue el cuestionario diabetes Knowledge Questionarie DKQ24 (cuestionario de conocimientos sobre diabetes) de igual forma el cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes.

Es importante identificar el nivel de conocimientos y autocuidado de la diabetes en adultos de nuestras comunidades. La presente investigación ayudo a contribuir al conocimiento de enfermería aportando evidencia del nivel de conocimientos y el autocuidado de los pacientes con diabetes y se ayudó a implementar estrategias de cuidados de enfermería para disminuir la deficiencia de conocimientos y poder disminuir las distintas complicaciones derivadas de un mal control de la patología.

II. JUSTIFICACIÓN

La diabetes es un importante problema de salud pública que ha alcanzado niveles alarmantes. En la actualidad más de 500 millones de personas viven con diabetes en todo el mundo. La Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que en el mundo 537 millones de adultos (20-79 años) viven con diabetes (1 de cada 10). Se prevé que esta cifra aumente a 643 millones en 2030 y a 783 millones en 2045.¹

De acuerdo con el documento Estadísticas a Propósito del día Mundial de la Diabetes 2021 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México 10.3% de la población de 20 años y más (8,542,718) reportaron contar con un diagnóstico médico previo de diabetes mellitus. Cabe destacar el incremento del diagnóstico de la enfermedad conforme aumenta la edad de las personas. Por entidad federativa, Campeche, Hidalgo y Tamaulipas son los estados con las prevalencias más altas de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes. En el estado de Hidalgo, el 12.8% de las personas adultas viven con diabetes.² Con respecto al nivel de conocimientos sobre la enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 64.9% de los pacientes tuvo un nivel de conocimiento adecuado, seguido del nivel Intermedio con 33% y el 2.1% nivel inadecuado.

Se observó un incremento del diagnóstico de la enfermedad conforme aumentó la edad de las personas; a nivel nacional poco más de una cuarta parte de la población de 60 a 69 años (25.8%) declaró contar con un diagnóstico previo de diabetes que representan 2.3 millones de personas. En el caso de las mujeres en este grupo de edad se presentó la prevalencia más alta con 35.6% (1.4 millones). En los hombres del grupo de 70 y más años donde se concentraba la prevalencia más alta, 18.4% con diagnóstico previo de diabetes (714 mil personas).¹ El INEGI dice que, en el 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de la diabetes, lo cual equivale a 14% del total

de defunciones (1 086 743) ocurridas en el país; 78 922 defunciones en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%). La tasa de mortalidad por diabetes para 2020 es de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes, la cifra más alta en los últimos 10 años.¹

Debido a lo anterior, fue importante determinar el nivel de conocimientos y autocuidado de la diabetes en adultos. Esto me permitió sustentar el desarrollo de intervenciones de enfermería dirigidas a reforzar el nivel de conocimientos y autocuidado en diabetes y, por lo tanto, apoyar la prevención de los pacientes con complicaciones derivadas a un mal control de la patología. La guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención menciona que la hiperglucemia, a largo plazo, puede provocar un gran daño en diversos órganos del cuerpo, llevando al desarrollo de diversas complicaciones que ponen en riesgo la vida, como son las enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía, y enfermedades en los ojos, que conlleva a retinopatía y ceguera. Por el contrario, si se logra un manejo adecuado de la diabetes, las complicaciones se pueden retrasar o prevenir.

El presente trabajo se realizó porque es importante conocer el nivel de conocimiento y autocuidado en diabetes que tiene el adulto de las comunidades rurales, e identifiqué si la población lleva a cabo su autocuidado de manera idónea, y así pude determinar los factores que interfieren en el adulto y traen como consecuencia un déficit de conocimientos y autocuidado. Este es un problema a nivel mundial; al investigar en estas comunidades rurales, se pudo obtener un amplio panorama de los conocimientos en estas zonas. En las comunidades de estudio hay muchos adultos que no saben leer ni escribir y eso es uno de los factores de riesgo que influye para un nivel de conocimiento bajo. Lo que pretendo alcanzar con este trabajo es generar evidencia sobre el nivel de conocimientos y autocuidado que tienen los adultos en esta población de estudio, la generación de este conocimiento

podría contribuir al desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a mejorar los niveles y por tanto a la prevención de muchas consecuencias, y con conocimientos adecuados podemos aminorar los índices de mortalidad en diabetes.

Los principales **beneficiarios** de este estudio fueron los adultos con diabetes tipo 2, ya que los hallazgos permitirán en un segundo momento orientar acciones de enfermería de apoyo educativo enfocadas a fortalecer conocimientos y habilidades para el autocuidado beneficiando así a los sistemas de salud que se encuentran con sobre carga laboral por las altas tasas de enfermos crónicos que acuden a consulta.

De manera indirecta también se benefician los profesionales de salud, al contar con evidencia que les facilite el diseño de estrategias más eficaces de atención y seguimiento, los familiares y cuidadores al contar con herramientas útiles para apoyar de manera efectiva a los adultos mayores en el manejo de su condición.

La realización del presente estudio fue **factible**, debido a los diversos factores que garantizaron su implementación, ya que se contó con la población a estudiar, recursos humanos, materiales y financieros disponibles para la investigación.

2.1 ESTUDIOS PREVIOS

Segura y colaboradores, (2023) en su estudio “Nivel de conocimiento en autocuidado en derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33” realizó una encuesta con una muestra estuvo conformada por 207 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 con un promedio de edad de 56 a 28 años. Se dio a conocer que el nivel de conocimientos es: regular con 59.9 %, seguido de bueno con 31.9%. Se observó que existe una asociación entre el nivel de escolaridad y el nivel de conocimientos ($n=207$, X^2 , $gl=10$, $p=0.005$).⁴

González y colaboradores (2021) en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores y las prácticas de autocuidado,” menciona que los adultos mayores tienen conocimiento limitado sobre Diabetes Mellitus Tipo II. La adherencia en el autocuidado, está relacionado al nivel de conocimiento que tenga el adulto mayor sobre diabetes mellitus tipo II. ⁵

Velásquez y Hernández (2021) en su estudio “Conocimiento de personas con diabetes mellitus tipo 1 y 2 sobre su enfermedad” en donde se aplicó el cuestionario de conocimientos en 37 preguntas asociando una serie de variables suplementarias con el nivel de conocimientos, Se reportó que un mayor conocimiento estuvo asociado con menor edad, más tiempo de diagnóstico, mejor nivel educativo, mayor frecuencia de glucemias capilares, el padecer diabetes de tipo 1 y sexo femenino.⁶

Sánchez Marín y colaboradores (2021) en su estudio “Prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo dos” menciona que la falta de un control terapéutico adecuado en este grupo de edad puede conllevar a un gran número de complicaciones, en el estudio se logró identificar que los adultos mayores llevan a cabo prácticas de autocuidado en 3 de las áreas evaluadas las cuales son: alimentación, cuidado de los pies y adherencia terapéutica, mientras que no tienen prácticas de autocuidado en actividad física y automonitoreo.⁷

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes es una seria amenaza para la salud mundial que no respeta el estado socioeconómico ni las fronteras entre países. Los últimos datos publicados en la 10.^a edición del Atlas de la Diabetes de la FID indican que 537 millones de adultos viven con diabetes en la actualidad. Si no se toman las medidas necesarias para atajar esta pandemia, 643 millones de personas tendrán diabetes en el año 2030. Para el año 2045, esa cifra se disparará de manera abrumadora hasta 783 millones. Las estimaciones de diabetes se basan en la población de entre 20 y 79 años. Por consiguiente, las estimaciones del Atlas de la Diabetes de la FID son bastante conservadoras.⁸

La prevalencia creciente de la diabetes a nivel mundial está impulsada por una compleja interacción de factores socioeconómicos, demográficos, ambientales y genéticos. El incremento continuo se debe principalmente al aumento significativo de la diabetes tipo 2 y sus factores de riesgo asociados, entre los que se incluyen los niveles crecientes de obesidad, las dietas poco saludables y la inactividad física generalizada.⁸

El déficit de conocimientos y autocuidado en las personas diabéticas trae consigo muchas consecuencias como es la hipoglucemia o hiperglucemia, a largo plazo, puede provocar un gran daño en diversos órganos del cuerpo, llevando al desarrollo de diversas complicaciones que ponen en peligro la vida, como enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía, y enfermedades en los ojos, que llevan a retinopatía y ceguera. A menudo, las complicaciones son resultado de una diabetes sin tratar o de un tratamiento inapropiado. Sin embargo, las personas que reciben un tratamiento adecuado también se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones.⁸

En México el profesional de enfermería juega un rol importante en la enseñanza de conocimientos y autocuidado en diabetes en los adultos en el primer nivel de atención. Tal como lo establece la Norma oficial mexicana, nom-015-ssa2-2010, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

en la atención primaria" y la guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención.

En este contexto y tomando en cuenta que es necesario explorar para identificar el nivel de conocimientos y autocuidado de la diabetes en adultos.

La presente investigación ayudó a contribuir al conocimiento de enfermería aportando evidencia del nivel de conocimientos y el autocuidado de los pacientes con diabetes y se pudo determinar los factores que interfieren en el adulto y traen como consecuencia un déficit de conocimientos y autocuidado.

Pregunta de investigación

¿Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y autocuidado en diabetes en adultos de la comunidad de Mangas, la Cruz y Tlahuelilpan Hidalgo?

IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

4.1 Adulto

La etapa de la madurez, al ser una de las más extensas de la vida humana, incluye el grupo de edad más productivo de la sociedad y que ocupa los cargos de más nivel y posiciones de poder. Se caracteriza por la disminución de las presiones para encontrar trabajo, formar una familia o vivir en pareja, y por una mayor experiencia, que, si se aprovecha bien, facilitará la adaptación a la siguiente etapa de la vejez. También en esta etapa las personas suelen aumentar su autoestima, la confianza en sí mismos y el autocontrol que facilitará el ajuste entre las expectativas y la realidad.⁹

Según la OMS las personas 18 a 65 años son consideradas adultos jóvenes de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.⁹

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, nos dice que se considera persona adulta, persona a partir de los 18 años y hasta los 59 años, 11 meses de edad; persona adulta mayor, persona que cuente con 60 años o más de edad.²⁸

La OMS considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar.¹⁰

Segura y colaboradores, (2023) en su estudio “Nivel de conocimiento en autocuidado en derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33” realizó una encuesta con una muestra que estuvo conformada por 207 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 con un promedio de edad de 56 a 28 años. Se dio a conocer que el nivel de conocimientos es: regular con 59.9 %, seguido de bueno con 31.9%. Se observa que existe una asociación entre el nivel de escolaridad y el nivel de conocimientos.⁴El autocuidado es considerado uno de los principales componentes del complejo tratamiento que la persona con diabetes 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 morbilidades asociadas a las complicaciones de la diabetes.²⁰

4.2 Conocimiento en diabetes

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie.¹¹

El conocimiento es la integración en una unidad de varias experiencias respecto a un objeto, esto, supone formar un cuadro general de cómo es el objeto y no sólo de cómo aparece a la aprehensión inmediata, si se conoce algo, se tiene la capacidad de responder a ciertas preguntas acerca de lo conocido. Villoro menciona, que cuando el conocimiento es circunstancial, y se habla de conocer en un sentido débil, sólo se hace referencia a aspectos superficiales y aún ocasionales del objeto, en un sentido más estricto, conocer implica, poder contestar múltiples y variadas cuestiones de la más diversa índole sobre el objeto. Cuando se hace referencia al conocimiento sobre la

enfermedad, se tiene como finalidad, que la persona adquiera mayor libertad y una forma de vida más responsable para sí mismo y para las colectividades, infiriendo que un individuo informado, está capacitado para decidir libremente sobre como incrementar su estado de salud.¹²

El conocimiento sobre la enfermedad, se refiere al conjunto de informaciones que el paciente o familiar necesitan tener para administrar bien su condición de salud y constituye un aspecto fundamental del tratamiento de la patología.⁴

4.3 Autocuidado

Autocuidado: se refiere a las acciones que toman los pacientes en beneficio de su propia salud, en relación a la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol.⁵

El autocuidado es la práctica de actividades que realiza el individuo para cuidar su salud, son aprendidas por la persona en su contexto sociocultural. Estas actividades se inician de manera voluntaria a fin de mantener la vida y el bienestar. Dentro de la promoción de salud en la educación diabetológica es importante la consideración del autocuidado, ya que este se relaciona con las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud e incluye la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol. Las personas con DM2 presentan déficits de autocuidado. La prevalencia de déficit de autocuidado se asocia a factores individuales y del entorno sanitario en cuanto a la información proporcionada por los profesionales.¹³

La OMS recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de hacerles responsables por el cuidado de su salud y ayudarles a convivir mejor con la enfermedad, estimulándoles a modificar o mantener los hábitos saludables, y con ello la autoconfianza para sentirse mejor, independientemente de la

gravedad de la enfermedad. De esta forma, el autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de salud, lo que colabora en la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, ayudando al uso racional de medicamentos y a la mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.¹⁴

La relevancia de evaluar el autocuidado en la persona con diabetes se centra fundamentalmente en identificar las fortalezas y debilidades presentes en el estilo de vida, de manera que se puedan reforzar las buenas prácticas y corregir las falencias relacionadas con la dieta, calzado correcto y la adherencia al tratamiento farmacológico indicado por los profesionales de la salud.¹⁴

4.4. Teoría de enfermería del autocuidado. Una teoría general.

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 del sistema de enfermería. Define el autocuidado como las acciones que permiten al individuo mantener la salud y el bienestar, responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a las complicaciones. Con el objetivo de la enfermería de “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.”¹⁵

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. El cuidado dependiente es una actividad, como se ha descrito anteriormente, realizada por adultos responsables para

individuos socialmente dependientes.²¹

La demanda de autocuidado terapéutico significa una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. Las actividades de cuidados se derivan de la selección y aplicación de las tecnologías o los métodos específicos para cubrir los requisitos de autocuidados universales, del desarrollo, o de desviación de la salud.²¹

La agencia de autocuidados es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados), y finalmente para realizar las actividades de cuidados determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anterior por las personas que de ellos dependen.²¹

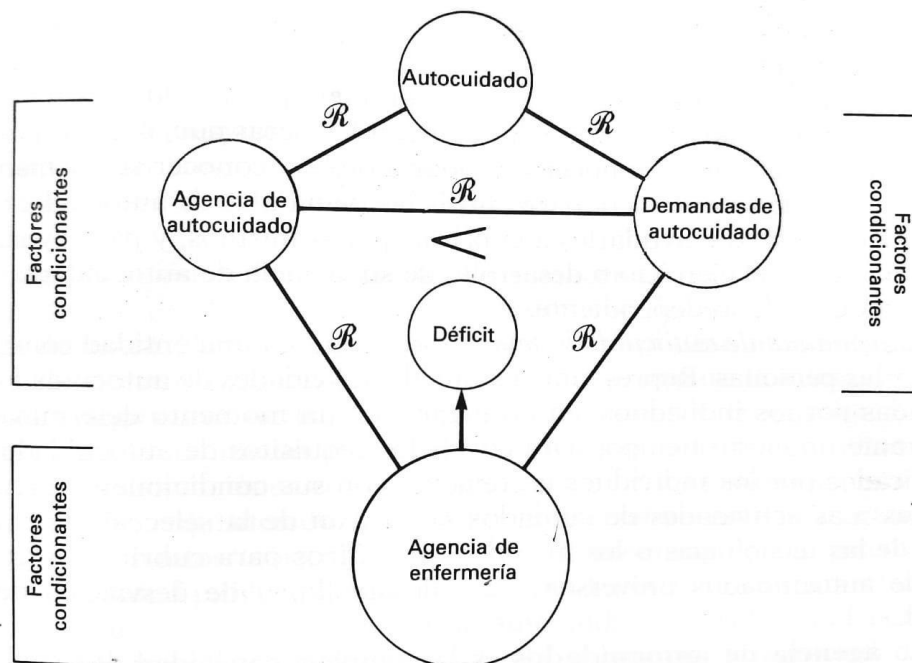
El **marco conceptual** posteriormente a la manifestación de 1970 sobre los conceptos teóricos de los sistemas de enfermería, se representaron sus términos o elementos conceptuales dominantes como una estructura conceptual, un círculo de términos y relaciones. Esto se hizo para destacar la relación de los conceptos teóricos entre sí mismos y con la producción de autocuidado. La también muestra la conceptualización teórica de las propiedades de la enfermera y el paciente.²¹

Los elementos expresados en el concepto de sistema de enfermería en el marco conceptual surgieron de mi propio trabajo y del trabajo del Nursing

Development Conference Group. Todos los elementos conceptuales fueron formalizados y validados como conceptos fijos en 1970. Desde entonces se ha producido un cierto refinamiento de la expresión y su desarrollo adicional de la estructura y validación continuada, pero no se ha hecho ningún cambio sustantivo. Cada concepto sigue sometido a desarrollo mediante la identificación y organización de los conceptos secundarios que constituyen su estructura sustantiva.²¹

El concepto secundario de requisitos de autocuidado universal permite la articulación de hechos y puntos teóricos de la fisiología, bioclimatología, psicología, ciencias de salud pública, y otras disciplinas. La estructura sustantiva (secundaria) del concepto de agencia de autocuidado ha sido una fructífera base para la investigación orientada hacia la agencia de autocuidado en una variedad de poblaciones. Esto también es cierto para la demanda de autocuidado terapéutico.²¹

Figura 1. Marco conceptual para la enfermería



Fuente: E. Orem D. Modelo De Orem. 4.^a ed. Barcelona: MASSON-SALVAT Enfermería científicas y técnicas S.A.; 1991.

LA TEORÍA DE ENFERMERÍA SOBRE EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El concepto teórico de sistema de enfermería carece de significado en ausencia de los conceptos incluidos de déficit de autocuidado y autocuidado. Se entendió que estos tres conceptos, tomados juntos, eran partes del concepto general de enfermería. Para formalizar aún más los conceptos y las relaciones entre ellos, los esfuerzos se dirigieron a expresar una teoría general de enfermería integrada por la teoría de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería, la unión de las tres teorías constituye una teoría general de enfermería denominada teoría de enfermería del déficit de autocuidado. La teoría del sistema de enfermería incluye la teoría de déficit de autocuidado, la cual a su vez incluye la teoría de autocuidado.²¹

Las premisas subyacentes

Premisas sobre características evidentes de los seres humanos sirvieron como principios guía a través del proceso de conceptualización de la enfermería. Se han sido denominadas asunciones, si bien es más apropiado llamarlas premisas puesto que fueron y son avanzadas como verdades y no meramente como suposiciones. Las cinco premisas siguientes fueron formalizadas en 1973.²¹

1. Los seres humanos requieren aportaciones continuas y deliberadas, en sí mismos y en su entorno, para permanecer vivos y funcionar de acuerdo con las cualidades de la naturaleza humana.
2. La agencia humana, la facultad de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado a uno mismo y a otros para la identificación y producción de las aportaciones necesarias.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de

limitaciones de acción en su propio cuidado y en el de otros, incluyendo la producción de la aportación es para el mantenimiento de la vida y regulación de las funciones.

4. La agencia humana se ejercita en el descubrimiento, desarrollo y transmisión a otros de formas y medios para identificar las necesidades de aportaciones y producir las que sean necesarias para sí mismo y para otros.

5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a miembros del grupo que experimentan carencias para producir las aportaciones deliberadas requeridas para sí mismos y para otros. ²¹

Sirve para organizar la perspectiva de las enfermeras. También presenta un marco que expresa las relaciones y las variables esenciales, y una base para predecir las relaciones. La teoría se contempla como descriptivamente explicativa de las relaciones semejantes a leyes o condicionantes universales implícitos en las premisas 1, 2, 3 y 4, y en la premisa 5 porque ésta relacionada con sociedades en las que la enfermería está establecida como un servicio humano disponible. ²¹

Revisión de la teoría general de enfermería

La teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado es una síntesis de los conocimientos sobre las entidades teóricas del autocuidado, la agencia de autocuidado, la demanda de autocuidado terapéutico, la entidad relacional del déficit de autocuidado, y la agencia de enfermería. Esta teoría general de enfermería se expresa en términos de las entidades teóricas introduce afirmaciones existentes entre ellas, tales como adultos maduros comprometidos en el autocuidado. ²¹

Se requieren criterios indicativos y de reconocimiento para la verificación o falsación de tales afirmaciones dentro de las coordenadas del espacio y

tiempo. Los criterios indicativos verificarían que las personas adultas maduras realizan acciones para cuidar de sí mismas en su propio entorno. Los criterios de reconocimiento se desarrollarían para establecer que la acción es de autocuidado y no cualquier otra forma de acción deliberada.²¹

La teoría del autocuidado

Se presenta primero la teoría del autocuidado porque es básica para la comprensión de la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.²¹

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporo espacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal.²¹

También realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia u otras personas dependientes. Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad, requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano; y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados.²¹

Premisas

Los seres humanos tienen el potencial

1. En igualdad de condiciones, los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de

la familia.

2. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales.
3. El autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia son formas de acción intencionada, dependientes para su realización de los repertorios de acción de los individuos y su predilección por actuar en ciertas circunstancias.
4. La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia conduce a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y para formar hábitos de cuidado.²¹

Proposiciones

1. El autocuidado es intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.
2. El autocuidado, en concreto, es la acción intencionada y dirigida que es sensible al conocimiento de las personas sobre cómo el funcionamiento humano y el desarrollo humano puede y debería mantenerse dentro de una gama. Compatible con la vida humana y la salud y bienestar en las condiciones y circunstancias existentes.
3. El autocuidado, en concreto, implica el uso de recursos y materiales y gasto de energía dirigidos a aportar el material y las condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo interno, y para establecer y mantener relaciones esenciales y seguras con los factores y fuerzas ambientales.

-
4. El autocuidado con una orientación extensa se concreta cuando emerge como eventos observables resultantes de las secuencias de acciones prácticas realizadas dirigidas por las personas hacia sí misma o hacia su entorno. El autocuidado que adopta la forma de acciones de autocontrol orientadas internamente no es observable, y los demás sólo pueden conocerlo buscando información subjetiva.
 5. El autocuidado que se realiza a lo largo del tiempo puede ser comprendido como un sistema de acción autocuidado, siempre que haya un conocimiento del conjunto de los de los diferentes tipos de las secuencias de acción o de las actividades de cuidado realizadas y de los vínculos de conexión entre ellas.
 6. Los componentes constitutivos del sistema de autocuidado son series de tareas o actividades de cuidados necesarias para usar los medios apropiados y seleccionados, para satisfacer los valores existentes y cambiantes de los requisitos de autocuidado conocidos.²¹

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

La teoría del déficit de autocuidado es el elemento crítico de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.²¹

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos

existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos.²¹

Premisas

Dos grupos de suposiciones previas unen la idea central de la teoría del déficit de autocuidado con la teoría del autocuidado y la idea de dependencia social.

²¹

Primer grupo:

1. Ocuparse del autocuidado requiere habilidad para autorregularse en un entorno estable o cambiante.
2. El ocuparse del autocuidado, o del cuidado dependiente, se ve afectado por la valoración de la persona sobre las actividades de cuidado con respecto a la vida, el desarrollo, la salud y el bienestar.
3. La calidad y globalidad del autocuidado y del cuidado dependiente en las familias y comunidades se apoya en la cultura, incluyendo los logros científicos de los grupos sociales y la posibilidad de educar a los miembros del grupo.
4. El ocuparse en el autocuidado y el cuidado dependiente se ve afectado como el ocuparse en todas las formas de conducta práctica, por las limitaciones de conocimientos de las personas sobre qué hacer en las condiciones y circunstancias existentes o sobre cómo hacerlo.²¹

Segundo grupo:

1. Las sociedades proporcionan, para el estado humano de dependencia social, formas y medios para ayudar a las personas

de acuerdo con la naturaleza y razones de su dependencia.

2. Cuando son institucionalizadas, las operaciones directas de ayuda de los miembros de los grupos sociales se convierten en los medios para ayudar a las personas en estado de dependencia social.
3. Las operaciones directas de ayuda de los miembros de los grupos sociales pueden clasificarse en aquellas que están asociadas con estados de dependencia relacionados con la edad, y las no asociadas a éstos.
4. Los servicios de ayuda directa instituidos en los grupos sociales para proporcionar asistencia a las personas sin tener en cuenta su edad, incluyen los servicios de salud.
5. La enfermería es uno de los servicios de salud de la civilización occidental.²¹

Proposiciones

Principios y guías para desarrollar aún más la teoría del déficit de autocuidado.

1. Las personas que emprenden acciones para proveer su propio autocuidado o el cuidado de las personas dependientes tienen capacidades de acción especializadas.
2. Las habilidades de los individuos para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experienciavital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles.
3. Es la relación entre las capacidades del individuo para el autocuidado o el cuidado dependiente con la demanda cuantitativa y cualitativa de autocuidado o cuidado dependiente puede ser determinada cuando se conoce el valor de cada una.

-
4. La relación entre las habilidades de cuidado y las demandas de cuidado pueden definirse en términos de iguales que, menores que o mayores que.
 5. La enfermería es un servicio legítimo cuando: 1) las habilidades de cuidado son menores que las requeridas para satisfacer una demanda de autocuidado conocida y 2) las habilidades de autocuidado o de cuidado dependiente exceden o son iguales a las requeridas para satisfacer la demanda de autocuidado actual, pero puede disminuir de las habilidades de cuidados, o un aumento cuantitativo o cualitativo de la demanda de cuidados, o ambas cosas.
 6. Las personas con déficit de cuidados actuales o potencial se están o se espera que estén en estado de dependencia social que legitima una relación de enfermería.²¹

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.²¹

Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales.²¹

El autocuidado es un sistema de acción que 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.¹⁶

4.5 Relación de la investigación con la teoría del autocuidado

El autocuidado es considerado uno de los principales elementos del complejo tratamiento que las personas con diabetes deben asumir, por lo que se requiere que ésta adquiera conocimientos y habilidades para desarrollar los procedimientos de autocontrol que son fundamentales para el tratamiento y mantenimiento de la calidad en el control metabólico, disminuyendo la morbilidad asociada a las complicaciones de la diabetes.¹⁷

El autocuidado es una competencia humana reguladora que debe incorporar cada persona de forma intencionada con la finalidad de mantener su vida y su estado de salud, por ello, debe aprenderse y aplicarse de manera deliberada y continua en el tiempo, siempre de acuerdo a las necesidades de ordenación que tienen las personas en sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, particularidades sanitarias, componentes del entorno y niveles de consumo de energía.¹⁷

En esta investigación se retoma la aplicación del modelo de atención de enfermería de la Teoría de Dorothea E. Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con diabetes mellitus al conocer el nivel de conocimientos y autocuidado que tiene de su enfermedad y poder orientar acciones necesarias para hacerlo partícipe del propio cuidado y responsable de su tratamiento.

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y desarrollo de sus capacidades de autocuidado, pero para ello deben realizarse acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismo o hacia características ambientales conocidas y supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven y afectan adversamente, interfieren la regulación continuada de su propio

funcionamiento y desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento de la salud y bienestar personal, ya que como personas maduras y en proceso de maduración requieren aprender sobre el cuidado de sí mismos, y estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo en función de sus propias demandas de autocuidado.¹⁵

Las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus, la úlcera neuropática e hipertensión arterial requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad. Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de las disciplinas ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.¹⁵

La teoría descrita por Dorothea E. Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad, tanto a personas enfermas con diabetes complicadas con úlcera neuropática como a personas que están tomando decisiones sobre su salud y a personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. Este modelo proporciona un marco conceptual y establece conceptos, definiciones y objetivos para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.¹⁵

V. HIPÓTESIS

H¹- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La Cruz, y Tlahuelilpan Hidalgo.

H⁰ - No existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La Cruz, y Tlahuelilpan Hidalgo.

VI. OBJETIVOS

6.1 General

Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La Cruz, y Tlahuelilpan Hidalgo

6.2 Específicos

- Conocer el nivel de Autocuidado del adulto con diabetes a través del instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes).
- Identificar el nivel de conocimientos en diabetes de adultos mediante el uso de cuestionario de Actividades de autocuidado en diabetes.
- Comparar el nivel de conocimientos y autocuidado por edad y género.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo Investigación

La presente investigación es de nivel aplicativo²², con enfoque cuantitativo¹⁸ y alcance descriptivo.¹⁸

7.2 Diseño de la investigación

El tipo de diseño fue no experimental (observacional)¹⁹, transversal¹⁹ retrospectiva¹⁹.

7.3 Límites de tiempo y espacio

El presente estudio se realizó en la comunidad de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo. Durante el periodo agosto 2021 y diciembre 2022.

7.4 Universo

El universo de estudio estuvo constituido por un grupo de adultos hombres y mujeres con diabetes en las comunidades de Mangas (90 personas), La Cruz (60 personas) y Tlahuelilpan (100 personas) Hidalgo.

7.5 Muestra

La muestra estudiada fue de la comunidad de Mangas con 74 adultos, La Cruz 53 y Tlahuelilpan 80 adultos con diabetes, mediante un muestreo no probabilístico¹⁸ por conveniencia.²

7.5.1 Criterios de Selección

7.5.1.1 Criterios de inclusión

Dentro de estos encontramos adultos que presenten un diagnóstico con diabetes tipo 2, residentes de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo, adultos entre 25 a 80 años de edad.

7.5.1.2 Criterios de exclusión

Encontramos adultos que presenten algún grado de demencia previamente diagnosticado, adultos con déficit auditivo sin corrección y quien no haya firmado consentimiento informado.

7.5.1.3 Criterios de eliminación

Adultos con cuestionarios incompletos, adultos con falta de interés de las variables.

7.6 Variables

7.6.1 Definición conceptual

Conocimiento: El conocimiento sobre la enfermedad, se refiere al conjunto de informaciones que el paciente o familiar necesitan tener para administrar bien su condición de salud y constituye un aspecto fundamental del tratamiento de la patología.⁴

Autocuidado: se refiere a las acciones que toman los pacientes en beneficio de su propia salud, en relación a la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol.⁵

7.6.2 Definición operacional (ver tabla apéndice 2)

El conocimiento sobre la enfermedad se midió aplicando el cuestionario que lleva por nombre Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes).

El autocuidado se midió aplicando el cuestionario de Actividades de autocuidado en diabetes.

Variables sociodemográficas

Edad

Genero

Estado civil

Ocupación

Lugar de residencia
Años desde el diagnóstico
Ingreso mensual
Escolaridad
Complicaciones recientes
Enfermedades crónicas

7.1 Instrumentos de medición

Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes) (ver anexo 1)

Objetivo: El objetivo es conocer la proporción de personas que tienen conocimientos adecuados de la enfermedad.

Validez y confiabilidad: El instrumento fue validado para su uso en la población hispanohablante obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.78 también cuenta con una validación intercultural ya que fue validado en México y Portugal.

El cuestionario de conocimientos sobre la diabetes (DKQ) fue diseñado por el estudio de educación sobre la diabetes del condado Starr en Texas, el cual se encuentra constituido por 24 ítems que dan opción a marcar una de tres alternativas “Sí”, “No”, y “No sé”. El cuestionario explora tres áreas: Conocimientos generales sobre la enfermedad (ítems del 1 al 10), control glucémico (ítems del 11 al 17) y prevención de complicaciones (ítems del 18 al 24). y se interpreta de la siguiente manera: 17 – 24 nivel de conocimientos adecuado, 9 – 16 nivel de conocimientos Intermedia, <8 nivel de conocimientos inadecuado. Para la calificación se otorga un punto por cada respuesta correcta y el puntaje total se consigue al sumar el puntaje de cada ítem.²⁴

Cuestionario de actividades de Autocuidado en Diabetes (ver anexo 2)

Objetivo: llevar a cabo la adaptación cultural y la validación psicométrica del resumen de la medida de autocuidado de la diabetes (SDSCA) en población con diabetes mellitus

Validez y confiabilidad: Fue avalado por la Dra. Deborah Toobert, es uno de los instrumentos más utilizados en el mundo para medir el autocuidado, fue aplicado en la clínica de riesgos cardiovasculares de la institución prestadora de servicios de salud Colsubsidio, en la ciudad de Bogotá, Colombia, entre marzo y abril de 2015. El índice de validez de contenido de la escala fue de 0,96 para el total de la escala. El instrumento mostró estabilidad a la mudanza semántica y conceptual.

Este cuestionario incluye una escala de 18 ítems, agrupada en 6 dimensiones de variables sociodemográficas como dieta, actividad física, exámenes de niveles de glucosa en la sangre, medicamentos, cuidado de los pies y tabaquismo que están relacionadas con sus actividades de cuidado personal para la diabetes, durante los últimos 7 días. La escala de respuesta es de 0 a 7, en función del número de días que la persona ha llevado a cabo una determinada conducta en la última semana. Cuanta menor puntuación se obtiene, menor adherencia presenta la persona con DM a las conductas de autocuidado favorables. El cuestionario no presenta punto de corte, por lo que debe valorarse cada ítem de forma individual.

Fue piloteado el cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes en la comunidad de Tlaxcoapan Hidalgo, con 30 personas que cumplen con las características adecuadas para esta investigación arrojando un alfa de Cronbach de .725 de confiabilidad y validez.

7.7 Procedimientos

Se realizó la presentación de protocolo ante el comité de ética de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, el día 06 de abril de 2022 en el XIX seminario de investigación modalidad virtual, utilizando la plataforma zoom.

Posterior a la obtención del dictamen aprobatorio, se hizo la solicitud de autorización con las autoridades responsables del centro de salud de Tlaxcoapan, Hidalgo por medio de un oficio y al recibir la aceptación se comenzó a realizar la prueba piloto del instrumentó donde me contacte con la población y se explicó a cada participante acerca del cuestionario que se le aplicaría dando así la temática de la investigación como los beneficios que se obtendrían de la prueba. Se le brindó un consentimiento informado a cada participante para comenzar con la recolección de los datos. Se comenzó la aplicación del instrumentó titulado “Cuestionario de actividades de autocuidado endiabetes”. Posteriormente se comenzó con la captura de datos en el programa estadístico SPSS para poder sacar el alfa de Cronbach y verificar si el instrumento tenía confiabilidad.

Seguidamente para la recolección de datos para la muestra se solicitó el permiso en los centros de salud de las comunidades de Mangas, La Cruz, y Tlahuelilpan, Hidalgo mediante un oficio, una vez obtenido la autorización y los datos de los adultos con diabetes mellitus de cada comunidad, Se procedió a ir al domicilio de cada uno de los participantes para la aplicación de los instrumentos, ya en el domicilio de la persona se le informo acerca de la temática de nuestro protocolo de investigación, así como los objetivos y beneficios a nuestro protocolo, de igual manera la forma en que sería tratado cada uno de los datos y los resultados arrojados en la prueba, se brindó un consentimiento informado a cada participante para saber que está de acuerdo con el cuestionario que se le aplicaría. Se procedió a contactar a la población a la cual se le aplico los instrumentos correspondientes los cuales llevan por título “Diabetes Knowledge Questionarie “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes)” y “Cuestionario de Actividades de

Autocuidado en Diabetes”.

Una vez terminadas las encuestas se hizo el registro de datos en el programa SPSS, para de esta manera poder sacar la estadística descriptiva como la inferencial, una vez terminada la base de datos SPSS y haber sacado resultados se interpretaron las respuestas arrojadas en los cuestionarios y valoramos el nivel de conocimientos y nivel de autocuidado presentan los adultos con diabetes mellitus que fueron encuestados.

7.1 Análisis

Para el análisis se realizó en una base de datos con el programa SPSS versión 25 para el sistema operativo Windows 10, en la cual se capturaron los datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

Análisis estadístico descriptivo para las variables de estudio (Edad, genero, estado civil, ocupación, lugar de residencia, años desde el diagnóstico, ingreso mensual, escolaridad, complicaciones recientes, enfermedades crónicas). Análisis de estudios inferencial para las variables de estudio (conocimientos y autocuidado en diabetes).

7.8 Difusión

El presente trabajo de investigación se difundió en el XIX seminario de investigación en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan con el grupo de investigación: Respuestas Humanas a la salud y enfermedad en modalidad virtual, que se llevó a cabo el día 06 de abril de 2022.

Así mismo se elaboró la presente tesis titulada: “conocimientos y autocuidado en adultos que viven con diabetes de la comunidad de Mangas, la cruz y Tlahuelilpan, hidalgo.” Para obtención del grado de licenciatura en enfermería.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

El presente reporte de investigación se apegó a la Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki.

Ley General de Salud, Título primero “Disposiciones Generales” Capítulo Único, artículo 1o y 2o, fracción I, II, III, IV, V, VI, VII.²⁵

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

25

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.²⁵

Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción I, III, IV.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13, artículo 14, fracción V, artículo 20, artículo 21 fracción I, II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI Y artículo 22, fracción I, II, IV, V.²⁶

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.²⁶

Artículo 14 fracción V. Contará con el consentimiento informado del sujeto 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.²⁶

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.²⁶

Artículo 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 los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- 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 y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante

el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando; X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud.

III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.²⁶

Declaración de Helsinki.

La Declaración de Helsinki fue creada por la Asociación Médica Mundial (AMM) durante la 18ª Asamblea Médica Mundial en 1964, convirtiéndose en uno de los documentos de excelencia en materia de protección y regulación

ética de la investigación en seres humanos. Debido a los cambios que se han ido presentando en esta materia, la Declaración de Helsinki ha sido objeto de varias enmiendas y aclaraciones, la última en Japón en 2004, quedando así la versión que actualmente se utiliza.²⁷

Para México es de gran importancia ya que de manera indirecta la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud han basado parte de su articulado en la Declaración de Helsinki, lo cual es evidente en el contenido de la Ley General de Salud, Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 100.²⁷

Artículo 20.- La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación. Se debe asegurar que la comunidad reciba un nivel razonable de beneficios adicionales.²⁷

Consideramos pertinente que los beneficios obtenidos de la investigación no deberían ser compartidos con la población o comunidad que participó en el estudio, sino que se deben de extender a todos aquellos que conforman parte de esta comunidad, ya sea que hayan o no participado. De igual forma, aclarar que estos beneficios no solo deben de darse durante el tiempo que dura la investigación, si no que se tienen que extender por un periodo más allá de la duración del estudio.²⁷

Artículo 23.-El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y deberá estar

debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.²⁷

IX. RESULTADOS

X. Figura 2. Reclutamiento, asignación y análisis de muestra.

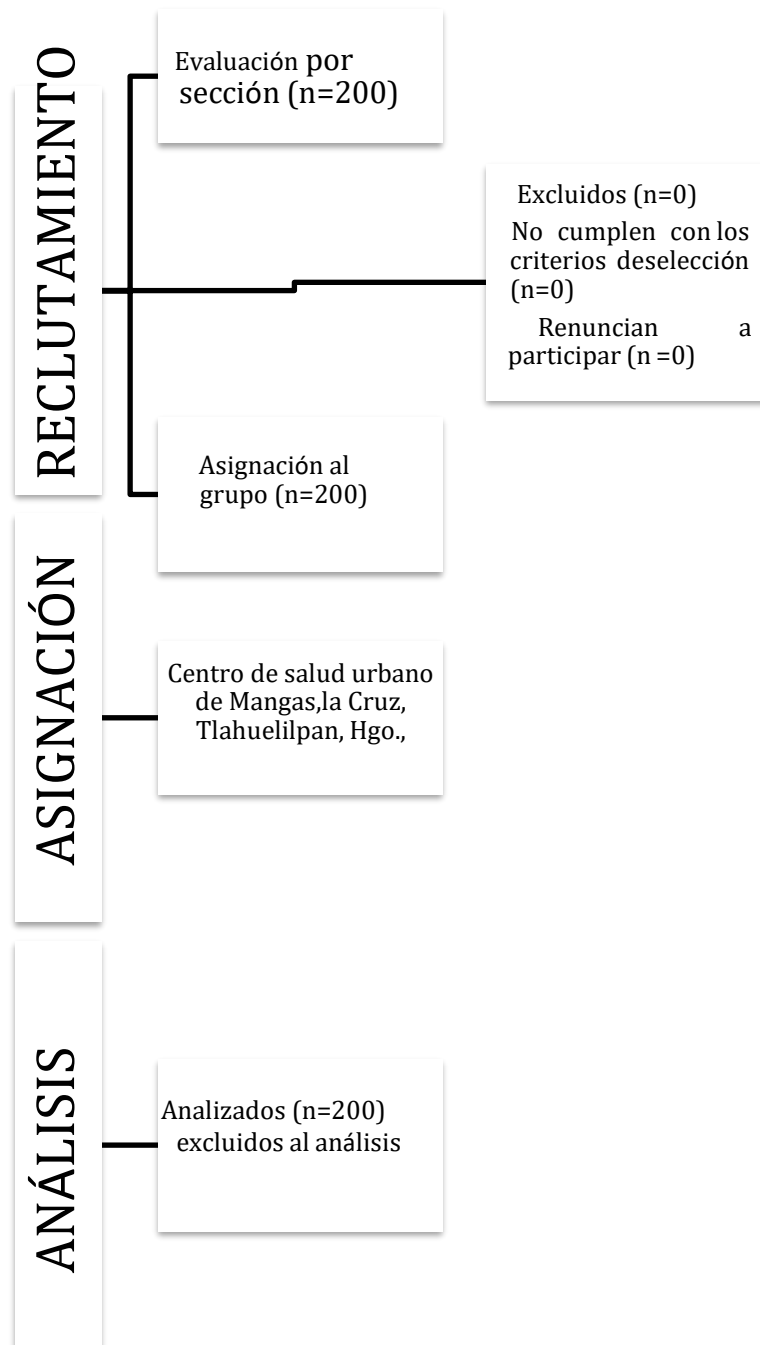


Tabla 1 Representación de los factores condicionantes básicos

Variable		f	%
Edad	27-39	17	8.5
	40-48	36	18
	49-56	35	17.5
	57-64	44	22
	65-72	41	20.5
	73-80	27	13.5
Sexo	Mujer	129	64.5
	Hombre	71	35.5
Estado civil	Soltero	24	12
	Casado	93	46.5
	Divorciado	2	1
	Viudo	31	15.5
	Unión libre	50	25
Ocupación	Jubilado/pensionado	10	5.0
	Empleado	80	40
	Sin empleado	16	8
	Ama de casa	84	42
	Otro	10	5
Derecho habiente	IMSS	26	13
	ISSSTE	5	2.5
	IMSS Bienestar	47	23.5
	Ninguno	122	61
Residencia	Mangas	75	37.5
	La cruz	50	25
	Tlahuelilpan	75	37.5
Ingresos	0-2000	67	33.5
	2200-3600	32	16
	3700-5000	45	22.5
	5100-7500	22	11
	7600-60000	31	15.5
	120000-350000	3	1.5
Otras enfermedades crónicas	Hipertensión arterial	70	35
	Ninguna	126	63

	Parkinson	3	1.5
	Artritis	1	.5
Complicaciones recientes	Nefropatías	6	3
	Neuropatías	1	.5
	Pie diabético	1	.5
	Retinopatía	4	2
	Hiperglucemia	1	.5
	Ninguna	185	92.5
	Amputación	2	1
Evolución de la enfermedad	1-6	58	29
	7-12	66	33
	13-18	33	16.5
	19-24	28	14
	25-35	15	7.5

Fuente: ficha de datos sociodemográficos, creación propia, Hidalgo, 2022.

Se incluyeron 200 sujetos de los cuales 64.5% eran mujeres y 35.5% hombres, cuya edad estaba entre 65 y 72 años, de los cuales el 46.5% son casados. En cuanto al nivel de instrucción, un 25% manifestó tener estudios de secundaria completa, cuya ocupación predomina ama de casa con 42% y presentan un ingreso económico mensual inferior a los \$2000, El 61% no son derecho habiente a ningún servicio de salud. 63% de los sujetos no presenta ninguna otra enfermedad crónico degenerativa. Por su parte, 92.5 no ha presentado complicaciones recientes, mientras que de 7 a 12 años llevan de evolución con su enfermedad.

Tabla 2 representación de nivel de autocuidado

Nivel de autocuidado	f	%
Inadecuado	173	86.5
Adecuado	27	13.5
Total	200	100

Fuente: Cuestionario de autocuidado en diabetes, Hidalgo, 2022.

En la tabla 2 se observa el nivel de autocuidado, el cual se puede apreciar que el 86.5% presenta un nivel inadecuado y solo el 13.5% tiene un nivel adecuado. El alto porcentaje de autocuidado inadecuado (86.5%) evidencia la existencia de un déficit de autocuidado significativo en la población diabética evaluada.

Este déficit puede estar relacionado con múltiples factores que van más allá del conocimiento teórico, tales como limitaciones en habilidades prácticas, falta de motivación, barreras económicas o socioculturales, y ausencia de redes de apoyo.

Tabla 3 representación de nivel de conocimiento

Nivel de conocimiento	f	%
Inadecuado	158	79
Adecuado	42	21
Total	200	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento en diabetes, Hidalgo, 2022

En la tabla 3 se presenta el nivel de conocimiento, el 79% de los participantes posee un nivel inadecuado, el 21 % tiene un nivel adecuado.

La alta proporción de conocimiento inadecuado, sugiere una limitación en la agencia de autocuidado cognitiva de la población, lo que predispone a la aparición de un déficit de autocuidado.

Tabla 4 nivel de autocuidado por sexo

Genero	Nivel de autocuidado		Valor P	Total
		Inadecuado	Adecuado	
Femenino	f	112	17	129
	%	86.8 %	13.2%	100%
Masculino	f	61	10	71
	%	85.9 %	14.1%	100%
Total	f	173	27	200
	%	86.5 %	13.5%	100%

Fuente: Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes, Hidalgo, 2022.

En la tabla 4 se presenta la comparación de los datos del nivel de autocuidado por género, el cual indica que el 13.2% del género femenino presentó un nivel adecuado de autocuidado, así mismo el 14.1% del género masculino. En el nivel inadecuado de autocuidado predomina el género femenino con 86.8% y mientras tanto el género masculino con tan solo 85.9%.

En este estudio, tanto hombres como mujeres muestran altas proporciones de autocuidado inadecuado, lo que refleja un déficit de autocuidado generalizado en la población, independientemente del género.

Tabla 5 nivel de conocimientos por sexo

Genero	Nivel de conocimientos		Valor P	Total
		Inadecuado	Adecuado	
Femenino	f	97	32	129
	%	75.2 %	24.8%	100%
Masculino	f	61	10	71
	%	85.9 %	14.1	100%
Total	f	158	42	200
	%	79.0 %	21.0%	100%

Fuente: Cuestionario de conocimientos en diabetes, Hidalgo, 2022.

En la tabla 5 se presentan los datos de la comparación del nivel de conocimiento por género, el cual indica que el 24.8% del género femenino presentó un nivel adecuado de conocimientos, así mismo el 14.1% del género masculino. En el nivel inadecuado de conocimientos predomina el género masculino con un 85.9% y mientras tanto el género femenino con tan solo un 75.2%.

Tabla 6 nivel de conocimientos categorizada por edad

	Nivel de conocimientos		Valor P	Total
	Inadecuado	Adecuado		
Adulto joven	f	85	.478	111
	%	76.6 %		100%
Adulto mayor	f	52		65
	%	80.0 %		100%
Adulto anciano	f	21		24
	%	87.5 %		100%
Total	f	158		200
	%	79.0 %		100%

Fuente: Cuestionario de conocimientos de diabetes, Hidalgo, 2022

En la tabla 6 se presentan los datos de la comparación del nivel de conocimiento por edad, el cual indica que el 23.4% de adultos joven presento un nivel de conocimiento adecuado mientras que el adulto anciano un 12.5%. En el nivel inadecuado de conocimientos predomina el adulto anciano con 87.5% y mientras tanto el adulto joven con tan solo 76.6%.

Los resultados muestran que en todos los grupos de edad existe una alta proporción de conocimientos inadecuados, lo que limita la agencia de autocuidado y favorece la aparición de un déficit de autocuidado.

Tabla 7 nivel de autocuidado categorizada por edad

		Nivel de autocuidado		Valor p	Total
		Inadecuado	Adecuado		
Adulto joven	f	98	13	.237	111
	%	88.3 %	11.7%		100%
Adulto mayor	f	55	10		65
	%	84.6 %	15.4%		100%
Adulto anciano	f	20	4		24
	%	83.3 %	16.7%		100%
Total	f	173	27		200
	%	86.5 %	13.5%		100%

Fuente: Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes, Hidalgo, 2022.

En la tabla 7 se presentan los datos de la comparación del nivel de autocuidado por edad, el cual indica que el 16.7% de adulto anciano presentó un nivel de autocuidado adecuado, así mismo 11.7% con el adulto joven. En el nivel inadecuado de autocuidado predomina el adulto joven con 88.3% y mientras tanto el adulto anciano con tan solo 83.3%.

Tabla 8 relación de variable nivel de conocimientos con autocuidado

		Nivel de autocuidado		Valor P	X ² de Pearson	Total
		Inadecuado	Adecuado			
Nivel de conocimientos	Inadecuado	f	139	.237	1.401	158
		%	88.0%			100.0%
	Adecuado	f	34			42
		%	81.0%			100.0%
	Total	f	173			200
		%	86.5%			100.0%

Fuente: X² de Pearson, creación propia, Hidalgo, 2022.

En la tabla 8 se representan los datos de la comparación del nivel de autocuidado y conocimientos, el cual indica que el 88.0% tiene un nivel de conocimientos inadecuado y el autocuidado de igual manera es inadecuado con 12.0%. Los resultados que se muestran no presentan significancia estadística por lo que se deduce que las variables de estudio son independientes es decir que no tienen relación entre sí.

IX. DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos del estado de Hidalgo, se identificó que el 79% de los participantes presentó conocimientos inadecuados y el 86.5% un nivel de autocuidado inadecuado. Estos hallazgos son similares a los reportados por Naranjo Hernández y colaboradores(2020) en Sancti Spíritus, Cuba, en su estudio “Estrategias de enfermería en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes”. Dichos autores encontraron que el nivel de información predominante en los adultos mayores sobre diabetes mellitus fue inaceptable en el 70.83%, destacando dificultades en el conocimiento sobre los síntomas, clasificación clínica, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad. Así mismo señalaron la ausencia de autocuidado en adultos mayores que viven con diabetes en el 93.75%.

De acuerdo con Dorothea Orem, el autocuidado se entiende como la práctica de actividades que las personas realizan deliberadamente para mantener la vida, la salud y el bienestar. La teoría señala que cuando la agencia de autocuidado (capacidades, conocimientos, habilidades y motivación) es insuficiente frente a las demandas de autocuidado terapéutico, se produce un déficit de autocuidado, lo cual justifica la intervención de enfermería.

Por lo que la población presenta un déficit de autocuidado que requiere intervención de enfermería en un sistema de apoyo-educación, cuyo propósito sea fortalecer la agencia de autocuidado de las personas.

Por otro lado, los resultados obtenidos difieren de lo reportado por Segura Chico y colaboradores, (2023) en su estudio “Nivel de conocimiento en autocuidado en derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33” donde realizó una encuesta con una muestra conformada por 207 derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo 2, quienes presentaron una edad promedio de 28 a 56 años, se encontró que el nivel de conocimientos fue regular con 59.9 % y bueno con 31.9%. Observándose además una asociación entre el nivel de escolaridad y el nivel de conocimientos.

En esta investigación el déficit de autocuidado puede estar relacionado con múltiples factores que van más allá del conocimiento teórico, tales como limitaciones en habilidades prácticas, falta de motivación, barreras económicas o socioculturales, y ausencia de redes de apoyo.

De manera coincidente, se encontró similitud con lo descrito por González y colaboradores (2021) en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores y prácticas de autocuidado”, donde se evidenció que los adultos mayores poseen un conocimiento limitado sobre la diabetes mellitus tipo II. En cuanto al autocuidado, se observó que la mayoría de los participantes realizaban actividades de cuidado entre 3 a 5 días de la semana, demostrando la existencia de una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado. En este sentido, los autores destacan que la adherencia al autocuidado está directamente relacionada con el nivel de conocimiento que posea el adulto mayor sobre su enfermedad.

Desde la teoría de Orem, esto significa que la agencia de autocuidado es insuficiente en ambos géneros, y que las demandas de autocuidado propias de la condición de salud (diabetes) superan la capacidad actual de la mayoría de los participantes para responder a ellas. Esta situación representa un déficit de autocuidado universal, ya que el conocimiento insuficiente afecta la capacidad de las personas para ejercer conductas preventivas, tomar decisiones informadas y mantener un manejo adecuado de su salud.

Encuentro una similitud con González y colaboradores (2021) en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores y las prácticas de autocuidado,” menciona que los adultos mayores tienen conocimiento limitado sobre Diabetes Mellitus Tipo II. En la variable de autocuidado, la constante fue entre 3 a 5 días del total de 7 días que comprende una semana. Se demostró la existencia de correlación

significativa entre el nivel de conocimiento y las actividades de autocuidado que requiere la diabetes. La adherencia en el autocuidado, está relacionado al nivel de conocimiento que tenga el adulto mayor sobre diabetes mellitus tipo II.

Orem sostiene que, en etapas adultas y especialmente en la vejez, las demandas de autocuidado suelen incrementarse debido al deterioro fisiológico y la presencia de enfermedades crónicas. Los resultados confirman que la mayoría de los participantes no logran cubrir esas demandas, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones y deterioro de la salud.

XI. CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que el nivel conocimientos y nivel de autocuidado inadecuado es predominante en la población estudiada, sin diferencias significativas entre género, ni entre adultos jóvenes, mayores y ancianos. Bajo la teoría de Orem, los resultados reflejan un déficit de autocuidado generalizado, que justifica la implementación de intervenciones de enfermería a través de los sistemas de enfermería, específicamente el de apoyo educativo, con estrategias diferenciadas por edad, pero orientadas a fortalecer la agencia de autocuidado y con ello reducir el riesgo de complicaciones asociadas a enfermedades crónicas.

XII. RECOMENDACIONES

- Desarrollar intervenciones educativas personalizadas que integren el conocimiento con el acompañamiento práctico y emocional.
- Diseñar estrategias diferenciadas para cada grupo etario, considerando que en los adultos jóvenes puede predominar la falta de adherencia y hábitos poco saludables, mientras que en los adultos mayores y ancianos se suman limitaciones físicas y de dependencia parcial.
- Promover conductas de autocuidado sostenidas en tiempo, mediante el acompañamiento y motivación, logrando empoderar a los pacientes.

XIII. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IDF diabetes atlas. Diabetesatlas.org. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <https://diabetesatlas.org/>
2. Procuraduría Federal del Consumidor. (s/f). *14 de noviembre. Día mundial de la diabetes*. gob.mx. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <https://www.gob.mx/profeco/documentos/14-de-noviembre-dia-mundial-de-la-diabetes-319474?state=published>
3. Durruthy Elías Mac Lynn, Medina Gondres Zoila, Vega Puentes José Oriol, Elías Oquendo Yamila Hayde, Durruthy alias Ailynn. Autocuidado de la salud diabetológica en adultos mayores del Policlínico Docente “Marcio ManduleyMurillo”, La Habana 2018. Rev. inf. cient. [Internet]. 2019 Dic[citado 2022 Feb 26] ; 98(6): 689-702. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332019000600689
4. Armando, R. R. J., & Emmanuel, B. P. (2023). Nivel de conocimiento en autocuidado en derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33.
5. González-Bravo, M., Ayala-Lojo, A., & Dávila-Ortiz, N. (2021). Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores y las prácticas de autocuidado. *Tiempos de enfermería y salud*, 3(11), 15-23.
6. Velásquez E, Enmanuel, Hernández, Pablo, Conocimiento de personas con diabetes mellitus tipo 1 y 2 sobre su enfermedad. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* [Internet]. 2021;19(2):83-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375569374003>
7. Sánchez-Marín KA, Palacios-Ramírez M, García-Jurado YA, Muñoz-Livas JF. Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo Dos. *Atlantis. Journal of the Spanish Association for Anglo-*

-
- American Studies [Internet]. 23 de diciembre de 2020 [consultado el 26 de febrero de 2022];42(2):180-96. Disponible en: <https://doi.org/10.28914/atlantis-2020-42.2.09>
8. Williams R. Guía de incidencia política de la novena edición del atlas de la diabetes de la fid 2019 [Internet]. Federación Internacional de Diabetes. 2019 [consultado el 12 de octubre de 2021]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20191219_091956_2019_IDF_Advocacy_Guide_ES.pdf
9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estados Unidos de América: OMS; 2015 [citado 29 septiembre 2020]. Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.htm
10. Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med.exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2021 Oct 15] ; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.
11. V. Ramírez Augusto. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. [Internet]. 2009 Sep [citado 2022 Feb 26] ; 70(3):217-224. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es.
12. Rico Sánchez René, Juárez Lira Alberto, Sánchez Perales Mercedes, MuñozAlonso Luz del Rosario. Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Ene. [Internet]. 2018 [citado 2022 Feb 27] ; 12(1): 757. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100006&lng=es. Epub 16-Nov-2020.

-
13. Abarca Gutiérrez L, Morales Iturio A, Gil Nava M, Sánchez Jaimez BE, Ramírez Martínez P, Naranjo Linares D. Desarrollo de capacidades de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 1 de abril de 2020 [consultado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v35i1.2262>
 14. Morales-Ojeda I. Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 26 Feb 2022]; 35 (4) Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1034>
 15. Naranjo Y. Adaptación de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en personas con diabetes mellitus complicada con úlcera neuropática. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2019 [citado 26 Feb 2022]; 35 (1) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1869>
 16. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. (9ª Edición). Elsevier Limited (Reino Unido); 2018.
 17. del Pilar Casados Fernández M. Relación entre conocimientos sobre autocuidado y control de diabetes y pie diabético - Cursos FNN. 2019 [citado el 26 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-13/relacion-entre-conocimientos-sobre-autocuidado-y-control-de-diabetes-y-pie-diabetico/>
 18. 2. Hernández Sampieri R, Fernández collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. 6.ª ed. México : McGRAW-HILL / Interamericana editores, S.A. de C.V.; 2014 [citado 8 abril 2014]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
 19. Cárdenas Villarreal VM, Guevara Valtier , MC, Ortiz Félix RE. Informes de la investigación en enfermería [Internet]. México : El manual moderno S.A. de C.V.; 2020 [citado 8 abril

-
- 2020]. Disponible en:
https://books.google.com.mx/books/about/Informes_de_investigaci%C3%B3n_en_enfermer%C3%ADA.html?id=-nMLEAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es-419&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
20. Lazaga Gonzales L, Lazaga Leyva L, Serrano CA. Revista de Medicina Isla de la Juventud [Internet]. Nivel de conocimientos sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Consultorio M 16. Diciembre 2018 – Febrero 2019. Policlínico Leonilda Tamayo Matos | Lazaga González | Revista de Medicina Isla de la Juventud; 2019 [consultado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/221/426>
21. E. Orem D. Modelo De Orem. 4.^a ed. Barcelona: MASSON-SALVAT Enfermería científicas y técnicas S.A.; 1991.
22. Grove SK, Gray J. Investigación en enfermería Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7.^a ed. Barcelona, España: ELSEVIER Copyright; 2019.
23. Quispe Ramos YS, Vega Gonzales B. características sociodemográficas y la satisfacción con las prácticas preprofesionales de los estudiantes del último ciclo de enfermería de la universidad [Internet]. Lima-Perú. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2991/TESIS%20Quispe%20Yulieth%20-%20Vega%20Betty.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Zamora-Niño Christie F, Guibert-Patiño André L, De La Cruz-Saldaña Tania, Ticse-Aguirre Ray, Málaga Germán. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. Acta méd. Peru [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Mar

-
- 21] ; 36(2): 96-103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200004&lng=es.
25. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. Ley general de salud [Internet]. www.uv.mx. 2012 [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/saisuv/files/2014/08/Ley-General-de-Salud.pdf>
26. De la Salud P. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [Internet]. Gob.mx. 2014 [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
27. De salud S. Declaración de Helsinki Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
28. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012; 13 de julio de 2011, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#gsc.tab=0

XIV. ANEXOS

14.1 Anexo No. 1 Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (*Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes*)

Edad:

Estado civil:

Sexo:

Ocupación:

Título de la investigación: Conocimientos y autocuidado en diabetes en diabetes en adultos de la comunidad de Mangas, La cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo

Instructivo: Lea las preguntas y marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE DIABETES	SI	NO	NO SE
Características generales de la enfermedad			
1. El comer azúcar no es causa de diabetes.			
2. La diabetes es causada por falta de insulina.			
3. La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo.			
4. Los riñones no producen la insulina.			
5. Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos.			

6. Se puede curar la diabetes			
7. En un diabético, comer mucho no estimula la producción de la insulina.			
8. La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y tipo 2.			
9. Es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos.			
10. Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los de los demás.			
Control glucémico			
11. En el diabético sin dieta, ejercicio ni tratamiento la glucemia aumenta.			
12. Un valor de glucemia alto en ayunas es 210 mg/dl.			
13. La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en la diabetes.			
14. El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina.			
15. Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio.			
16. No son síntomas de hiperglucemia la sudoración y sensación de frío.			
17. No son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia.			

Prevención de las complicaciones			
18. La diabetes causa problemas de circulación sanguínea.			
19. Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento.			
20. El diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas.			
21. Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio.			
22. La diabetes puede dañar los riñones.			
23. La diabetes produce alteraciones en la sensibilidad de los miembros.			
24. Los diabéticos no deberían utilizar medias o pantalones elásticos apretados.			

14. 2 Anexo NO. 2 cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes

Instrucciones: Las preguntas a continuación están relacionadas con sus actividades de cuidado personal para la diabetes, durante los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo durante los últimos 7 días, por favor refiérase a los últimos 7 días durante los cuales no estuvo enfermo.

Dieta (general)

1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación saludable?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

Dieta (específica)

3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carneroja o productos lácteos que contienen grasa?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

Actividad Física

1. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física?

(Total de minutos de actividades continuas, como caminar)

0 1 2 3 4 5 6 7

2. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

Exámenes de niveles de azúcar en sangre

3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se practicó una glucometría?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se practicó una glucometría la cantidad de veces recomendada por su médico tratante?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

Cuidado de los pies

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspecciono sus zapatos por dentro?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarselos pies?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

Medicamentos

8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS aplico las inyecciones de insulina recomendadas?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomo el número de pastillas recomendadas para la diabetes?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

Tabaquismo

11. ¿Ha fumado usted cigarrillo, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos SIETE DÍAS?

Número de días

0 1 2 3 4 5 6 7

12. ¿Cuántos cigarrillos fumo en promedio por día?

Escriba el número de cigarrillos: _____

13. ¿Cuándo fue la última vez que fumo cigarrillo?

- ☐ Hace más de dos años o nunca fumé.
- ☐ Hace uno o dos años.
- ☐ Hace cuatro a doce meses.
- ☐ Hace uno a tres meses.
- ☐ Durante el último mes.
- ☐ Hoy.

14. 3 Anexo No. 3 Constancia de presentación



La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
y la Universidad Autónoma de Tamaulipas a través del
CA "Respuestas humanas a la salud y la enfermedad"
el GI "Biomedicina celular y molecular" y
el CA: "Enfermería Comunitaria"

Otorgan la presente

CONSTANCIA

a

**E.L.E Gomez Muñoz Monserrat, E.L.E Percastegui Hernandez Yarazet,
E.L.E Rufino Salvador Anel, M.C.E. Claudia Atala Trejo García y
D.C.S. Gabriela Maldonado Muñiz.**

Por su participación como ponentes en modalidad oral, con el trabajo de investigación titulado **Conocimientos y autocuidado en diabetes en adultos de la comunidad de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo**, en el "X Foro de Investigación: Ciencia del Cuidado", que se llevó a cabo los días 15 y 16 de diciembre de 2022 en modalidad virtual.

Tlahuelilpan, Hidalgo; a 16 días del mes de diciembre de 2022.

DCS. Gabriela Maldonado Muñiz
Líder CA "Respuestas humanas a la
salud y la enfermedad"

Dra. Alma Rosa Barajas Espinosa
Líder GI "Biomedicina celular y
molecular"

**Dra. Lidia Guadalupe Compeán
Ortiz**
Líder CA "Enfermería Comunitaria"

14. 4 Anexo No. 4 Dictamen de aprobación



Escuela Superior de
Tlahuelilpan

Tlahuelilpan, Hidalgo; a 08 de abril de 2022.

ASUNTO: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN

A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE

Título del proyecto

“Conocimientos y Autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo.”

Código asignado por el Comité: 2022/I/P9

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	N° de la versión	Decisión
Protocolo	2	Aprobado
Consentimiento informado	2	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de abril de 2022 a mayo de 2023 y se autoriza su ejecución por parte de las estudiantes de la licenciatura en enfermería Monserrat Gomez Muñoz, Yarazet Percastegui Hernandez, Anel Rufino Salvador; bajo la asesoría de la Dra. Ana Cristina Castañeda Márquez y el Dr. José Ángel Hernández Mariano.

ATENTAMENTE

Dra. Gabriela Maldonado Muñiz
Responsable del Comité de Ética e Investigación
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



15.1 Apéndice No.1 Cronograma de actividades

Periodo 2021- 2022	Agosto- Septiembr e	Octubre- Diciembr e	Enero- Febrer o	Marzo -Abril	Mayo - Junio	Julio- Agost o	Septiembr e-Octubre	Noviembr e- Diciembre	Enero -Junio
Obtención dedictamen				X					
Limpieza de labase de datos					X	X			
Prueba piloto					X				
Aplicación de instrumento s						X			
Análisis de datos						X	X	X	
Redacción de resultados						X	X	X	
Elaboración dediscusión y conclusiones							X		X
Elaboración dearticulo									X
Tesis									X

15.2 Apéndice No.2 Tabla de operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / Indicador	Escala de medición	Prueba estadística
Nivel de conocimiento	El conocimiento sobre la enfermedad, se refiere al conjunto de informaciones que el paciente o familiar necesitan tener para administrar bien su condición de salud y constituye un aspecto fundamental del tratamiento de la patología. ⁴	La siguiente variable la vamos a medir, aplicando el cuestionario que lleva por nombre Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes).	Consta de 21 preguntas en las cuales se muestran 3 áreas de conocimientos teóricos sobre la enfermedad (conocimientos básicos de la diabetes tipo 2, alimentación y ejercicio). Se evalúa dependiendo los puntos obtenidos de la aplicación considerando de 15-	Ordinal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>

			21 puntos como un nivel de conocimientos bueno, de 8-14 puntos nivel de conocimientos regular y de 7-0 puntos como un nivel de conocimientos bajo.		
Nivel de autocuidado	Autocuidado: se refiere a las acciones que toman los pacientes en beneficio de su propia salud, en relación a la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol. ⁵	La siguiente variable la vamos a medir, aplicando el cuestionario de Actividades de autocuidado en diabetes.	Este cuestionario incluye una escala de 18 ítems, agrupada en 6 dimensiones de variables sociodemográficas como dieta, actividad física, exámenes de niveles de azúcar en la sangre, medicamentos, cuidado de los pies y	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>

			<p> tabaquismo que están relacionadas con sus actividades de cuidado personal para la diabetes, durante los últimos 7 días. La escala de respuesta es de 0 a 7, en función del número de días que la persona ha llevado a cabo una determinada conducta en la última semana. Cuanta menor puntuación se obtiene, menor adherencia presenta la persona con diabetes tipo 2 a las </p>		
--	--	--	---	--	--

			conductas de autocuidado favorables. El cuestionario no presenta punto de corte, por lo que debe valorarse cada ítem de forma individual.		
--	--	--	---	--	--

Otras variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / Indicador	Escala de medición	Prueba estadística
Edad	Es el período que transcurre desde el nacimiento de una persona al instante presente.	Mide el número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Años cumplidos	Escala	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>

Genero	Son los rasgos físicos y biológicos que nos hacen distintos varones de mujeres la que establecerá su situación de género	Identifica el género femenino o masculino.	Masculino Femenino	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>
--------	--	--	---------------------------	---------	---

Estado civil	Es la situación marital de los individuos y su vínculo con las leyes que se considera	Mide la condición de una persona según el registro civil en función.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Divorciado (a) • Separado (a) • Viudo (a) • Unión libre 	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>
--------------	---	--	--	---------	---

Ocupación	La ocupación se establece como el grupo de roles, condiciones y quehaceres que realiza la persona.	Indica la actividad laboral desempeñada actualmente.	Estudiante Si trabaja No trabaja	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>
Lugar de Residencia	Designa el lugar de origen o nacionalidad de una persona, se puede definir como el sitio de salida de un individuo	Indica el lugar donde vive el usuario.	Mangas La Cruz Tlahuelilpan	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>

Años desde el diagnóstico	Muestra los resultados de una evaluación o diagnóstico hecho de una intervención al estado actual.	Indica el tiempo diagnosticado con la enfermedad.	Años desde el diagnostico	Escala	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>
Ingreso mensual	Nivel mensual de ingresos por miembros de la familia o por si mismo.	Mide el nivel de ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad	Ingreso mensual aproximado	Escala	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>

Escolaridad	Determinación del grado de nivel estudiado.	Mide el nivel de estudio al momento.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Preescolar • Primaria •Primaria incompleta • Secundaria •Secundaria incompleta • Bachillerato •Bachillerato incompleto • Universitario •Universitario incompleto 	Ordinal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>
-------------	---	--------------------------------------	--	---------	---

Complicaciones recientes	Es un resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento.	Indica la presencia de recientes complicaciones.	<p>Nefropatías</p> <p>Neuropatías</p> <p>Pie diabético</p> <p>Retinopatía</p> <p>Enfermedades cardiovasculares</p> <p>Hipoglucemia</p>	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>
Enfermedades crónicas	Padecimientos referentes sobre sus causas de aspectos genéticos, ejercicio, hábitos nocivos como el beber y fumar.	Indica la presencia de enfermedades crónico degenerativas.	<p>Hipertensión arterial</p> <p>Cardiopatías</p> <p>Cáncer</p> <p>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p>	Nominal	Descriptiva: <i>Frecuencias</i> <i>Porcentajes</i> Prueba de hipótesis: <i>Chi cuadrada</i> <i>Prueba exacta de Fisher</i>

15.3 Apéndice No.3 Carta consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título del proyecto: Conocimientos y autocuidado en adultos que viven con Diabetes de la comunidad de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo.

Estimado(a)

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación el cual es desarrollado por alumnas del programa de la licenciatura en enfermería de la escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en colaboración con el C.S.U. Mangas. El estudio se realizará en las comunidades de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan Hidalgo.

Si usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El **propósito** del presente estudio es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades de Mangas, La cruz, y Tlahuelilpan Hidalgo.

Procedimientos:

Su participación consistirá en lo siguiente:

Contestar de manera sincera y honesta las preguntas del cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes y Questionarie "DKQ24" (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes) en su consulta de control.

Si está de acuerdo en participar, le pedimos que escriba su nombre y firme el formato de consentimiento informado y firme al final del mismo.

Beneficios: No hay beneficios directo de su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo para desarrollar la investigación y conocer la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en diabetes en adultos de las comunidades antes mencionadas.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado con un número y su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado (a).

Participación voluntaria/retiro: Su participación en este estudio es absolutamente **voluntaria, anónima y confidencial**; No tiene que participar forzosamente. No habrá impacto negativo alguno si decide no participar en la investigación, y **no demeritará de ninguna manera la calidad de atención** que reciba en el centro de salud, en término de sus derechos como paciente.

Riesgos potenciales/ compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incómodo (a), tiene derecho de no responder. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implica algún costo para usted.

Aviso de privacidad simplificado: El investigador principal de este estudio, _____ es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por **La Ley General de Protección de Datos personales en Posesión de Sujetos**

Obligados. Los datos personales que solicitemos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento de uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo electrónico _____.

Números a contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable del proyecto: _____ al siguiente número _____ en un horario de _____ o al correo electrónico _____.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, manifiesto que fui informado (a) del propósito y procedimiento en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada. _____.

No omito manifestar que he sido informado (a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación, así como los riesgos a los que estaré expuesto ya que dicho procedimiento es considerado de bajo riesgo.

He leído y comprendo la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de _____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

TESTIGOS

NOMBRE Y FIRMA

PARENTESCO

DOMICILIO

NOMBRE Y FIRMA

PARENTESCO

DOMICILIO

15.4 Apéndice No.4 Ficha de datos sociodemográfica

Instructivo: Lea las preguntas y conteste.

Edad:_____. Estado civil: _____

Sexo:_____ Ocupación: _____

Lugar de residencia: _____

¿Cuántos años de evolución con la enfermedad tiene?_____

¿Cuál es un aproximado de sus Ingresos económicos al mes?_____

¿Complicaciones recientes?

¿Alguna enfermedad crónica además de la diabetes mellitus?

15.5 Apéndice No.5 Recursos

Recursos materiales: Hojas, Lápices, Bolígrafos, Sacapuntas, Gomas, Libretas, Impresora, USB, Cubrebocas, Gel antibacterial, Desinfectantes en aerosol (Lysol), Teléfonos, Mochilas, Folders, Laptop, Viáticos.

Recursos humanos:

3 investigadoras:

E.L.E Monserrat Gómez Muñoz

E.L.E Yarazet Percastegui Hernández

E.L.E. Anel Rufino Salvador

2 asesores:

M.C.E. Claudia Atala Trejo García

D.C.E. Benjamín López Nolasco

200 usuarios con diabetes de las comunidades de Mangas, La Cruz y Tlahuelilpan, Hidalgo.

Recursos financieros: Los gastos para la elaboración de este proyecto fue de una cantidad de 90,423 pesos.