

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II, INSCRITOS AL
PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR” EN LA ESE CARMEN EMILIA
OSPINA SEDE GRANJAS. NEIVA, 2013

GONZALO ANDRES CALDERON SANTANA
JORGE EDUARDO ROJAS DUQUE

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA-HUILA
2014

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II, INSCRITOS AL
PROGRAMA “RIESGO CARDIOVASCULAR” EN LA ESE CARMEN EMILIA
OSPINA SEDE GRANJAS. NEIVA, 2013

GONZALO ANDRES CALDERON SANTANA
JORGE EDUARDO ROJAS DUQUE

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de enfermero

Asesora

CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO
Enfermera Universidad Surcolombiana
Especialista en Cuidado Crítico U. Javeriana
Magister en Enfermería U. Nacional
Estudiante Doctorado en Enfermería Universidad de Antioquía

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA-HUILA
2014

DEDICATORIA

A los pacientes diabéticos
Que luchan diariamente
Por tener un control de su salud
A pesar de lo difícil que puede resultar
Adoptar unas prácticas de autocuidado adecuadas

Gonzalo Andrés y Jorge Eduardo

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos nuestros agradecimientos a:

Primeramente a Dios por darnos fuerzas, determinación y sabiduría para diseñar y ejecutar esta investigación.

A nuestras familias por el apoyo incondicional y sacrificios realizados durante nuestro proceso de formación de pregrado.

A la Docente Claudia Andrea Ramírez por asesorarnos y guiarnos la elaboración del presente estudio a través de sus conocimientos y experiencia.

A la Vicerrectoría de Investigativa de la universidad Surcolombiana por financiar el proyecto a través de la convocatoria interna para financiar trabajos de grado de pregrado, tesis de maestría o especialización clínica de egresados.

Al programa de enfermería por fomentar en sus estudiantes el espíritu investigativo y promover nuestra formación profesional integral.

A la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva, por su colaboración, disposición y facilitación de la información necesaria para la realización del proyecto.

Finalmente a los pacientes diabéticos entrevistados por su participación y colaboración desinteresada durante la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACION	24
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GENERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. DEFINICION DE CONCEPTOS	29
4.1 AUTOCAUIDADO	29
4.2 PRACTICAS DE AUTOCAUIDADO	29
4.3 DIABETES MELLITUS 2	29
5. MARCO TEORICO	30
5.1 GENERALIDADES DE LA DIABETES	30
5.2 DIABETES MELLITUS TIPO2	30
5.3 GLICEMIA Y DIABETES	31
5.4 FACTORES DE RIESGO	31
5.5 MEDIOS DIAGNOSTICOS	31

	Pág.
5.6 TRATAMIENTO DE LA DM2	32
5.6.1 Tratamiento farmacológico	32
5.6.2 Tratamiento no farmacológico	32
5.7 COMPLICACIONES DE LA DIABETES	33
5.7.1 Retinopatía	33
5.7.2 Nefropatía	34
5.7.3 Pie diabético	34
5.7.4 Neuropatía diabética	35
5.7.5 Cetoacidosis diabética	35
5.7.6 Estado hiperosmolar no cetósico o Hiperglicémico	35
5.7.7 Accidente cerebrovascular	35
5.7.8 Hipoglucemia	36
5.7.9 Infecciones periodontales	36
5.7 AUTOCUIDADO EN DM2	36
5.7.1 Cumplimiento con el tratamiento	37
5.7.2 Eliminación de actividades nocivas	38
5.7.3 Alimentación adecuada	39
5.7.4 Actividad física	40
5.7.5 Cuidado de los pies	41
5.7.6 Cuidado de la boca	42

	Pág.
5.7.6 Conocimientos acerca de la enfermedad	43
5.8 TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	44
5.8.1 Requisitos de autocuidado universales	44
5.8.2 Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo	45
5.8.3 Requisitos de autocuidado cuando falla la salud	45
5.8.4 Principales conceptos y definiciones	45
6. METODOLOGIA	47
6.1 TIPO DE ESTUDIO	47
6.2 POBLACION	47
6.3 MUESTRA	47
6.4 TIPO DE MUESTREO	48
6.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	48
6.5.1 Criterios de inclusión	48
6.5.2 Criterios de exclusión	48
6.6 METODO Y TECNICA	49
6.6.1 Recolección y análisis de la información	49
6.6.2 Descripción del instrumento	49
6.6.3 Confiabilidad del instrumento	49
6.6.4 Validación del instrumento	49

	Pág.
6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	50
6.8 CONSIDERACIONES ETICAS	56
7. RESULTADOS	58
7.1 CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS	58
7.2 REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO	61
7.2.1 Mantenimiento de un consumo de agua, aire y alimentos suficientes	61
7.2.2 La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo	67
7.2.3 Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	69
7.2.4 Promoción del funcionamiento y del desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal	70
7.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO	71
7.3.1 Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración	71
7.3.2 Prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dicha situación	73
7.4 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION DE LA SALUD	74
7.4.1 Cuidados específicos para prevenir la aparición de enfermedades periodontales y el pie diabético	75

	Pág.
7.4.2 Cumplimiento con el tratamiento para el manejo de la enfermedad	77
7.4.3 Interacción adecuada paciente-servicios de salud como motivación para el cumplimiento con el tratamiento	78
7.4.4 Conocimientos necesarios para un adecuado manejo de la enfermedad	79
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	82
9. CONCLUSIONES	93
10. RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	112

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Total de Edades agrupadas por intervalos	58
Tabla 2. Datos sociodemográficos	59
Tabla 3. Dificultad para respirar	61
Tabla 4. Mantenimiento en el consumo de agua y alimentos suficientes	62
Tabla 5. Mantenimiento en el consumo de frutas y verduras	64
Tabla 6. Mantenimiento en el consumo alimentos grasos	66
Tabla 7. Realización de actividad física	67
Tabla 8. Sueño y descanso	68
Tabla 9. Red de apoyo	69
Tabla 10. Motivos para solicitar atención	70
Tabla 11. Control del peso	71
Tabla 12. Eliminación de actividades Nocivas	72
Tabla 13. Manejo del estrés	73
Tabla 14. Tiempo de diagnostico	74
Tabla 15. Cuidados de la Boca	75
Tabla 16. Cuidado de los pies	76
Tabla 17. Cumplimiento con las recomendaciones por personal de salud	77
Tabla 18. Interacción adecuada Paciente- Servicios de salud	78

Tabla 19. Conocimientos de la enfermedad

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A Consentimiento Informado	113
Anexo B Mini-exámen cognoscitivo (MEC)	114
Anexo C Instrumento de recolección prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con diabetes mellitus tipo II	115
Anexo D Aval del comité ético de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana y ESE Carmen Emilia Ospina	120

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, inscritos al programa “riesgo cardiovascular” en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA sede granjas. Neiva, 2013.

Materiales y método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal; la muestra estuvo conformada por 93 pacientes, seleccionadas de forma probabilística; la información se recolectó mediante una entrevista estructurada; los datos obtenidos fueron organizados en una matriz EXCEL 2010 y procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

Resultados: El promedio de edad fue 65,8 años, predominó el género femenino, y los pacientes sin pareja sentimental estable; un nivel económico y educativo bajo. Las prácticas que se evidenciaron fueron: alto consumo de frutas dulces y alimentos grasos; bajo consumo de alcohol y cigarrillo; buen manejo del estrés, déficit en la visita al odontólogo, el corte de uñas de los pies y uso de calzado adecuado; regulares conocimientos de la enfermedad.

Conclusiones: Se evidenciaron algunas dificultades en la adopción de prácticas de autocuidado, por lo cual se recomienda implementar modelos de atención en salud integrales para pacientes diabéticos que permita reforzar las necesidades de educación identificadas; así como el uso de los servicios de salud con un enfoque basado en la promoción de la salud para la detección temprana de complicaciones potencialmente devastadoras por parte del paciente y costosas para el sistema de salud.

Palabras claves: Autocuidado, Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares Diabetes Mellitus Tipo 2, Autocuidado Modelo de Orem, Enfermedad cardiovascular.

SUMMARY

Objective: describe the practice of self-care that makes patients diagnosed with diabetes mellitus type II, registry in the program “cardiovascular risks” in the ESE CARMEN EMILIA OSPINA, granjas headquarters, Neiva, 2013.

Method and materials: is a quantitative, descriptive and transversal study. A sampling that was made of 93 patients, selected in a probabilistic way; the information was recollected by structured interview; data obtained were organized in an EXCEL 2010 matrix and processed in the statistical package SPSS version 20.0.

Results: The average age was 65.8 years, dominance the female gender, and the patients without a stable girlfriend or boyfriend; an economic and educational level low. Practices that became apparent were: high consumption of sweet fruits and fatty food; low alcohol and cigarette consumption; good stress management, not visit the dentist continually, cut toenails and wearing appropriate shoes regular knowledge of disease.

Conclusion: some difficulties were evident in the adoption practice of self-care, it is recommended to implement models of health care for diabetic patients that allow strengthening identified educational needs; as well as the use of health services with an approach based on the promotion of health for the early detection of complications potentially devastating by the patient and expensive.

Key words: self-care, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, diabetes mellitus type II, model of Orem self-care, cardiovascular disease.

INTRODUCCION

El bienestar y el cumplimiento con el tratamiento en los pacientes está determinado por procesos multifactoriales complejos que hasta ahora la ciencia inicia a esclarecer. Antes se pensaba que la enfermedad era atributo a procesos místicos en donde los dioses jugaban un papel importante en el desarrollo de la enfermedad siendo ellos fuente de salud o enfermedad, recompensando a sus fieles de acuerdo a las acciones humanas. Con el paso del tiempo la ciencia le permite conocer al hombre los procesos patológicos como un proceso multicausal, los cuales están relacionados directa o indirectamente por factores externos o internos del individuo influyen en la conservación del estado de salud o prolongan y agravan el estado de la enfermedad.

El autocuidado comprende todos aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida. Están determinados por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella. Estos determinantes pueden ser factores protectores para la salud, o convertirse en factores de riesgo, los cuales contribuyen en la prevención o desarrollo de la enfermedad. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por lo anterior, es importante conocer y medir las prácticas de autocuidado autónomas realizadas por los pacientes, las cuales permiten identificar hábitos, costumbres y conocimientos en salud que afectan el manejo de la diabetes. La diabetes es una enfermedad de difícil manejo, que requiere de una vigilancia constante y un conocimiento amplio de la enfermedad por parte del equipo en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares hacen parte de las cinco primeras causas de mortalidad en América y el mundo, provocando más de un millón de muertes al año. Muertes que se hubieran podido prevenir con medidas relativamente sencillas como dieta sana, actividad física, evitar el tabaquismo y realizar visitas periódicas al Médico durante toda la vida¹.

En la región Panamericana cerca de 149 millones de adultos son fumadores, más de la mitad no consumen los niveles de frutas y vegetales recomendados y un porcentaje similar tiene bajos niveles de actividad física. Además, entre el 14 y el 35% de la población tiene problemas de hipertensión, y entre el 6 y el 13% diabetes. Por tal motivo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adelanta un Plan de acción regional de prevención y control de enfermedades cardiovasculares, con el cual busca reducir las tasas de mortalidad a causa de estas enfermedades en una quinta parte, y reducir a la mitad el consumo de sodio, y en un 20% el consumo de tabaco².

Según la Organización Mundial para Salud (OMS), en el mundo hay más de 346 millones de personas diabéticas, lo que ocasiona un alto impacto económico tanto para quienes las padecen como para sus familias, los sistemas de salud y los países.³ Con el objetivo de estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios, la OMS adelanta una serie de actividades que permitan fomentar la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, particularmente colaborando con la Federación Internacional de la Diabetes en la celebración del Día Mundial de esta patología (14 de noviembre), y realizando tareas de vigilancia de la enfermedad y sus factores de riesgo.⁴

Colombia no es ajena a esta epidemia, ya que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) oscila entre el 4 y el 8%. Los principales determinantes de la epidemia de la enfermedad en nuestro país son el mestizaje, el envejecimiento, y los factores asociados a la urbanización, además de la alta frecuencia de

¹ ROSES PERIAGO Mirta. Directora Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [en línea]. Artículo publicado en medios de comunicación de la Región. 25 Marzo 2011. [citado 09 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/spanish/d/d_presentations.asp>.

² Ibid.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes. [en línea]. Centro de prensa, nota descriptiva N° 312. Sep. 2011. [Citado 13 abr, 2012]. Disponible en internet: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>>.

⁴ Ibid.

sobrepeso y de síndrome metabólico, situación que la ha llevado a encontrarse entre las cinco primeras causas de muerte en nuestro país.⁵

El Ministerio de la Protección Social consideró necesario realizar un ajuste del plan obligatorio de salud subsidiado mediante el anexo técnico de la resolución 4003 de 2008, que incluye actividades para la atención de la DM2 y la Hipertensión Arterial en los grupos poblacionales de mayor riesgo. Además, este anexo describe que la DM2 e Hipertensión Arterial son enfermedades consideradas de alto costo y de interés en Salud Pública, y se consideran dentro de las causas principales de la enfermedad renal crónica. El mejor mecanismo de prevención terciaria no se relaciona solo con el adecuado seguimiento y control de las cifras tensionales y de glicemia, sino con el acompañamiento en un programa educativo enfocado al cambio de hábitos de vida nocivos para la salud y al aumento de la adherencia al tratamiento.⁶

En el Departamento del Huila según el informe consolidado de enfermedades crónicas no transmisibles de la secretaria de Salud Departamental, la prevalencia de la diabetes mellitus para el año 2010 fue de 6611 casos, con una incidencia de 781 casos durante ese año. Por otro lado el informe nos muestra que la tasa de prevalencia de la enfermedad para el municipio de Neiva fue de 1168 casos por cada 100.000 habitantes, siendo la más alta del Departamento.⁷

Dentro de los factores de riesgo de la DM2 hay unos no modificables como lo son la edad, el sexo, la herencia, los antecedentes de diabetes gestacional en las mujeres, la presencia de enfermedades asociadas, y otros modificables como padecer de hipertensión o dislipidémias, la obesidad, la inactividad física, el sedentarismo, el tabaquismo, y el estrés, entre otros.⁸ Como se puede apreciar muchos factores de riesgo se pueden evitar con tan solo lograr adoptar un autocuidado apropiado.

⁵ PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Epidemiología de la diabetes en Colombia. [en línea]. Revista avances en diabetología. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá (Colombia) 2010. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.sediabetes.org/revista/revistaVerArticulo.asp?idRevista=76&idArticulo=411&pa=seminarios>>.

⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno. [en línea]. Anexo técnico Res 4003 de 2008. [citado 08 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.cuentadealtocosto.org/Docs/resoluciones/Resolucion%204003%20-%202008%20Anexo.pdf>>.

⁷ COLOMBIA. GOBERNACIÓN DEL HUILA, Secretaria de salud Departamental. Informe consolidado del programa de Enfermedades crónicas no Transmisibles del año 2010, Departamento del Huila. Evaluación del Programa, indicadores epidemiológicos y de Control de gestión. [en línea]. Colombia: 2010. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.huila.gov.co/documentos/I/HUILA%20Informe%20Indicadores%20I%20Trimestre%202010%20INS.pdf>>.

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

El tratamiento de los pacientes con DM2 incluye una serie de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Dentro del tratamiento farmacológico encontramos varios grupos de medicamentos orales como son las sulfonilureas, las biguanidas, las tiazolidindionas, los inhibidores de la alfa glicosilada, las meglitidinas, los activadores de incretinas, y los inhibidores de la aldosa reductasa, aunque algunos pacientes requieren además de la administración de insulina.⁹

Por otro lado, el tratamiento no farmacológico consta de educación clara y continua al paciente acerca de su enfermedad, y de los cambios en el estilo de vida que incluye un régimen alimenticio nuevo y un aumento en la práctica de actividad física y/o ejercicio. Estas medidas se han constituido en una alternativa muy importante dentro del tratamiento del paciente diabético que hoy se considera parte de la atención integral de esta patología.¹⁰ Este tratamiento incluye además un acompañamiento psicológico tanto al paciente como a la familia durante el proceso de la enfermedad.

Diversos estudios han medido las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos y los factores que influyen en ellas:

A nivel internacional, En el año 2001 Ja Zafra y otros, realizaron un estudio entre 526 pacientes diabéticos, con el fin de identificar el nivel de conocimientos y los mecanismos de cuidado y control entre los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud, y su asociación con la frecuentación de las consultas de educación diabetológica de enfermería, el cual concluyó que los conocimientos sobre aspectos básicos y dietéticos de la diabetes eran deficitarios en la población, siendo necesario aumentarlos mediante la educación individualizada en las consultas de enfermería.¹¹

En 2004 Fuentes y otros, realizaron un estudio en México con el objetivo de identificar los estilos de vida no saludables en personas diagnosticadas con diabetes mellitus menor de 39 años, en la cual contaron con 91 pacientes diagnosticados en el último año, y encontrando que a pesar que más del 50% de los pacientes diabéticos que tienen información sobre su padecimiento y los factores que pueden mejorar su nivel de vida, no la aplican en el cuidado propio,

⁹ ISAZA Carlos A, *et al.* Fundamentos de farmacología en terapéutica, quinta edición. ISBN 978-958-95444-1-9. Colombia: 2008. P. 297 – 305. [citado 06 jun, 2012].

¹⁰ ASCHNER Pablo. Asociación latinoamericana de diabetes. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [en línea]. Colombia. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>>.

¹¹ JA ZAFRA. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). [En línea]. Citado el 26 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/endocrinologia-nutricion-12/nivel-conocimientos-autocuidados-los-pacientes-diabeticos-atendidos-13019765-originales-2001>>

por lo que es necesario reforzar de manera permanente los aspectos educativos en este grupo de pacientes¹².

Hidalgo, realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en 100 pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo en la ciudad de Lima - Perú, en el año 2005, con el objetivo de identificar las medidas de autocuidado realizadas, así como los factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento. El estudio concluyó que la mayoría de los pacientes realiza las medidas de autocuidado apropiadas. Por otro lado, los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado son el aspecto económico, la enfermedad y la ocupación; y los que la favorecen son el apoyo familiar y el compromiso personal.¹³

En el año 2006 en la ciudad de Nuevo León (México), Compeán y otros, realizaron un estudio descriptivo y correlacional, en el cual se analizó las conductas de autocuidado y su relación con indicadores de salud, representados por el control de la glucemia, perfil de lípidos, IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Con una muestra de 98 adultos con esta patología, concluyó que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso.¹⁴

De igual manera, Romero y otros, México realizaron un estudio en el cual participaron 251 personas que ingresaron al servicio durante el año 2007, determinaron la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con algunas variables sociodemográficas y clínicas, encontrando que la mayoría de las personas que padecen esta enfermedad presentan una capacidad de autocuidado regular, y que su capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.¹⁵

¹² FUENTES FACUNDO, Lorena Araceli *et al.* Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=33719&IDPUBLICACION=3628>

¹³ HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2005. [en línea]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina Humana. e.a.p. de enfermería. 2005. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/hidalgo_ce/pdf/hidalgo_ce.pdf>

¹⁴ COMPEÁN ORTIZ Lidia Guadalupe, *et al.* Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem Jul.-ago. 2010. [citado 10 de jun, 2012]. Disponible en internet:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf>.

¹⁵ ROMERO BAQUEDANO Irasema, *et al.* Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov.-Dic. 2010. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf>.

Medellín realizó un nuevo estudio en México en el año 2007 que buscaba presentar la experiencia con el modelo de atención de 92 pacientes ambulatorios utilizando el proceso de enfermería como principal indicador, con base al modelo del déficit de autocuidado, en el cual se demostró que la integración de enfermería en los programas de atención a los padecimientos crónicos en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud y los familiares, son necesarios para re-enfocar funciones y contribuciones específicas a través de modelos de atención de enfermería integral.¹⁶

Otro estudio se realizó este mismo año en Lima Perú por García y otros, con el objetivo de conocer la prevalencia de la diabetes mellitus y sus factores de riesgo en una población urbana utilizando un diseño transversal descriptivo, aleatorio y por conglomerados en 213 sujetos mayores de 15 años, con el que encontraron una prevalencia relativamente alta de diabetes mellitus y que los factores de riesgo relacionados a la diabetes fueron baja actividad física, sobrepeso, hipertensión arterial y obesidad.¹⁷

Lozano y otros en 2007 en México, realizaron una investigación descriptivo y correlacional en la cual buscaban conocer cómo influyen el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con DM2, en una muestra fue de 200, encontrando que el estrés percibido influyó negativamente en el afrontamiento y adaptación psicosocial, pero no en la adaptación fisiológica.¹⁸

Méndez y otros, en el 2009 realizaron un estudio en Temoaya, México con el fin de describir las actividades de autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa de enfermedades crónicas degenerativas, a través de un estudio cualitativo con 10 pacientes, encontrando que las acciones que llevan a cabo los adultos mayores son: ejercicio, cuidado de la boca, dieta, monitoreo y cuidado de sus extremidades inferiores, en un contexto propio donde existen un conjunto de valores, creencias, tradiciones, símbolos, lenguaje y organización social.¹⁹

¹⁶ MEDELLÍN-VÉLEZ, Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf>>

¹⁷ GARCÍA, Freddy *et al.* Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a02v20n3.pdf>>

¹⁸ LOZANO ORTIZ, Margarita and SALAZAR GONZALEZ, Bertha Cecilia. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichán [online]. 2007, vol.7, n.1 [cited 2013-12-02], pp. 77-84. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100007&lng=en&nrm=iso>.

¹⁹ MENDEZ SALAZAR, Vianey *et al.* Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300011>

Igualmente en 2009 en Guayaquil (Ecuador) Alvarado y otros realizaron un estudio titulado autocuidado de pacientes diabéticos del club “dulce vida”, hospital naval de Guayaquil, con el objetivo de presentar la experiencia con el modelo de atención en un periodo de 12 meses de 33 pacientes ambulatorios, el cual concluyó que la integración de enfermería en los programas de atención a los padecimientos crónicos en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud y los familiares, son necesarios para re-enfocar funciones y contribuciones específicas a través de modelos de atención de enfermería integral.²⁰

En Brasil Gack realizó un estudio en el año 2009 con 197 pacientes diabéticos atendidos en la consulta de enfermería en una Unidad Básica de Salud con el fin evaluar el grado del conocimiento sobre las prácticas del autocuidado de los pies, para la prevención de complicaciones, concluyó que el conocimiento de las características presentadas por los pacientes atendidos en los servicios básicos de salud, es de gran importancia para subvencionar las acciones de los enfermeros dirigidas al manejo y control de esta enfermedad en la población.²¹

Además, en el año 2009 Cabrera y otros, realizaron una investigación en España con el objetivo de conocer el estilo de vida de las personas diabéticas del archipiélago Canaria y su adherencia al tratamiento, en 6.729 personas de la población, y encontraron que la población diabética es sedentaria y obesa, muestra un consumo alto de grasas saturadas y gran prevalencia de síndrome metabólico, y que el porcentaje que sigue tratamiento regular es muy bajo, sobretodo en varones, que además mantienen el tabaquismo.²²

A nivel nacional, en el año 2009 Velandia y otros, realizaron un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo en la ciudad de Bogotá que determinó la relación existente entre la agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de enfermedades crónicas del hospital Tunjuelito, con una muestra de 201 pacientes, concluyendo que el 62,6 % de las personas con factores de riesgo cardiovascular tuvieron regular capacidad de agencia de

²⁰ ALVARADO VIMOS, Cristhian y SANCHEZ SUAREZ, Cristhian. Autocuidado de pacientes diabéticos del club “dulce vida”, hospital naval de Guayaquil, noviembre 2009 a mayo del 2010. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/10%20AUTOCUIDADO%20DE%20PACIENTES%20DIABETICOS%20DEL%20CLUB%20DULCE%20VIDA.pdf>>

²¹ GACK GHELMAN, L. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75111/72871>>

²² CABRERA DE LEON, Antonio et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.4 [citado 2013-12-04], pp. 567-575. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400008&lng=es&nrm=iso>.

autocuidado y ratificando la importancia de la educación en salud orientada al individuo y a la familia.²³

En Manizales López y otros realizaron un estudio en 2009, con el propósito de caracterizar las conductas preventivas orales, actitudes y percepciones, y el estado de salud bucal en un grupo de pacientes diabéticos respecto a un grupo control en una muestra de 146 personas en cada grupo, el cual concluyó que las conductas preventivas orales, las actitudes y percepciones y el estado de salud oral de los pacientes diabéticos tuvieron diferencias con el grupo control, algunas estadísticamente significativas.²⁴

Herrera y otros, en la ciudad de Cartagena en ese mismo año, realizaron un estudio de abordaje cuantitativo con una muestra de 225 adultos, con el objetivo de identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes. El estudio concluyó que el apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.²⁵

Contreras y otros, en el año 2013 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Sincelejo (Colombia), con la participación 27 pacientes, el cual concluyó que es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado.²⁶

En el ámbito local Mosquera y otros, realizaron un estudio descriptivo, transversal, con 33 pacientes hospitalizados, durante los meses de marzo y abril del 2005, en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, con el objetivo

²³ VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ALVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [en línea]. Rev. Salud pública. 2009, vol.11, n.4, ISSN 0124-0064. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en&nrm=iso>.

²⁴ LOPEZ SOTO, Olga Patricia y JOYA RODRIGUEZ, Luz Dary. Conductas Preventivas Orales, ACTITUDES, percepciones Y ESTADO DE SALUD BUCAL EN PACIENTES diabéticos. Hacia promoc. Salud [en línea]. 2009, vol.14, n.2 [citado el 12.2.2013], pp 13-23. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772009000200002&script=sci_arttext>

²⁵ HERRERA LÍAN Arleth, *et al.* Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. [en línea]. Revista Avances en Enfermería. 2012. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079>>

²⁶ CONTRERAS OROZCO, Astrid *et al.* Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investig. andina [online]. 2013, vol.15, n.26 [cited 2013-12-01], pp. 667-678. Available from: <<http://investigaciones.funandi.edu.co/index.php/invandina/article/view/9/7>>

de identificar las prácticas de autocuidado para la prevención del pie diabético, sus factores de riesgo, nivel de conocimientos y porcentajes con alto riesgo de pie diabético. El estudio concluyo que el 82 % de los pacientes necesitan educación continua sobre el cuidado de los pies; y que el 64% de los pacientes tienen riesgo de padecer pie diabético²⁷.

Estos antecedentes investigativos confirman que para que se garantice el cumplimiento del tratamiento no farmacológico por parte del paciente es indispensable que éste tome conciencia de la importancia de realizar un autocuidado integral, lo cual le permita mantener un control de la enfermedad y disminuir el riesgo de sufrir complicaciones.

Lo anterior lleva a plantear el siguiente interrogante investigativo: ¿Cuáles son las actividades de autocuidado practicadas por los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, asistentes al programa de “Riesgo Cardiovascular” en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas. Neiva 2013?

27 MOSQUERA LOZANO, Claudia Patricia; Et al. Prácticas de autocuidado para prevenir el pie diabético, nivel de conocimiento y alto riesgo de pie diabético, en pacientes con DM tipo 2 HUHMP Neiva 2005. Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud.

2. JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que este produce, ya que es una hormona que regula los niveles de azúcar en la sangre.²⁸

El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, esta alteración metabólica es el detonante que desencadena la patogénesis en muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. Se estima que en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes, y se calcula que en el año 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre. Por otra parte, más del 80% de las muertes por esta enfermedad se registran en países de ingresos bajos y medio.²⁹

Con el tiempo, la diabetes puede dañar algunos órganos como el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios, siendo este un factor de riesgo para la aparición de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y Enfermedad Cerebro Vascular), la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de ulceraciones, llevado por último a la amputación.³⁰

Aproximadamente un 20% de los pacientes diabéticos son hospitalizados al menos una vez en su vida por problemas de pie diabético y se estima que entre un 1 y 5% de los pacientes al año presentan ulcera activa. Por otro lado, la neuropatía diabética se debe a la lesión de los nervios a consecuencia de esta patología, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes que no tienen un control adecuado de su enfermedad, pierden la vista y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. Además, la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal y se estima que del 10 al 20% de los pacientes con esta enfermedad mueren por esta causa.³¹

La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes. En el 90% de los casos a nivel mundial se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física, siendo estas variables modificables y por tanto prevenibles ya

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes. [en línea]. Centro de prensa, nota descriptiva. Feb. 2011. [Citado 13 abr, 2012]. Disponible en internet: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>>

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

que se ha demostrado que medidas simples relacionadas con cambios en el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones.³²

Los profesionales de la salud que manejan pacientes diabéticos deben enfatizar no solo en las recomendaciones en la adherencia al tratamiento farmacológico, sino que deben concertar con la modificación de hábitos y costumbres que evitan el control de la patología. La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es un tema multifactorial y complejo, ya que en éste se mezclan factores psicológicos, demográficos y de comportamiento, así como aspectos propios debidos a la cronicidad de la afectación y otros que atañen al individuo como tal y como ser social y cultural.

A pesar de la enorme importancia que tiene y se le ha reconocido siempre al tratamiento farmacológico en el cuidado y manejo del paciente diabético, es necesario fortalecer los pilares no farmacológicos³³, con los cuales se puede lograr grandes beneficios con mínima inversión, con refuerzos específicos desde los programas educativos³⁴. Pero no solo son los hábitos y costumbres los factores más influyentes en la adherencia al tratamiento y control de los pacientes diabéticos, sino que también intervienen la educación y las condiciones socioeconómicas como determinantes en el impacto de la salud a través de su influencia sobre los estilos de vida.³⁵ De allí la importancia de instruir a los pacientes en prácticas de autocuidado que mejoren la visión que tienen estos acerca de su enfermedad logrando un estado de conciencia en el mantenimiento de la salud.

Lo anteriormente expuesto permite plantear un estudio en Neiva, teniendo en cuenta que según el informe epidemiológico del 2010 la prevalencia de pacientes con diabetes mellitus superó los 3800 casos, siendo esta cifra alarmante si se tiene en cuenta que la población no supera los 400.000 habitantes.³⁶ Esto permite

³² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes. [en línea]. Centro de prensa, nota descriptiva. Feb. 2011. [Citado 13 abr, 2012]. Disponible en internet: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> >

³³ ALAYON, Alicia N y MOSQUERA VASQUEZ, Mario. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. [en línea]. Rev. Salud pública 2008, vol.10, n.5 ISSN 0124-0064. [Citado 15 Abr, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=es&nrm=iso>.

³⁴ Ibid.

³⁵ VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ALVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [en línea]. Rev. Salud pública. 2009, vol.11, n.4, ISSN 0124-0064. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en&nrm=iso>.

³⁶ COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Resultado censo general 2005, Neiva Huila. [en línea]. DANE. [citado 08 may, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.dane.gov.co/files/censo2005/regiones/huila/neiva.pdf>>.

identificar que la incidencia de la enfermedad, ha presentado un comportamiento con tendencia creciente en relación a los años anteriores.³⁷

Según Orem, las prácticas de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo, por sí mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar se define como autocuidado.³⁸ Esto es determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud³⁹.

El déficit de autocuidado se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.⁴⁰ Por esta razón, es muy importante conocer y medir las prácticas de autocuidado autónomas de los pacientes, porque no solo aportan una “visión” de cómo están estructurados los conocimientos en su patología e importancia del tratamiento, sino que permiten orientar planes de intervenciones enfatizadas en educación en salud y promoción de estilos de vida saludable.

La presente investigación es pertinente, puesto que permite conocer las prácticas de autocuidado realizadas por los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 de la Empresa Social del Estado (ESE) Carmen Emilia Ospina sede granjas. Su aplicabilidad permite fundamentar las intervenciones que se deben adoptar en los pacientes diabéticos y evaluar posibles cambios en sus prácticas de autocuidado.

Por otro lado el estudio es beneficioso, ya que a través del estudio se identificarán variables que servirán de referencia para futuras investigaciones que propongan alternativas novedosas que refuercen los déficits de autocuidado, es novedoso, porque en los pacientes de la ESE Carmen Emilia Ospina sede granjas, no se ha

³⁷ GOBERNACIÓN DEL HUILA, Secretaría de salud Departamental. Informe consolidado del programa de Enfermedades crónicas no Transmisibles del año 2010, Departamento del Huila. Evaluación del Programa, indicadores epidemiológicos y de Control de gestión. [en línea]. Colombia: 2010. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.huila.gov.co/documentos/I/HUILA%20Informe%20Indicadores%20I%20Trimestre%202010%20INS.pdf>>.

³⁸ UNIVERSIDAD DE CANTARIA, Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. [en línea]. [citado 07 jun, 2012]. Disponible en internet: <[http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11 \(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%20(III).pdf)>.

³⁹ TOBÓN CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. [en Línea]. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: < http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf>.

⁴⁰ NAVARRO PENA, Y. y CASTRO SALAS, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. [en línea]. *Enferm. glob.* 2010, n.19. ISSN 1695-6141. [citado 22 may, 2012]. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso>.

investigado aun específicamente acerca de las prácticas de autocuidado en el paciente diabético.

Por último, la investigación es factible porque se puede llevar a cabo debido a que su metodología permite una aplicación simple, y la ubicación geográfica, población y muestra son medibles y delimitables, adicionalmente la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas es centro de prácticas de la Universidad Surcolombiana.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa “riesgo cardiovascular” en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas. Neiva, 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes con diagnósticos de diabetes mellitus tipo II, inscritos en el programa “Riesgo Cardiovascular”.

Identificar las prácticas de autocuidado de los pacientes con respecto a los requisitos universales, relativos al desarrollo y desviación de la salud según la teoría de Orem.

4. DEFINICION DE CONCEPTOS

4.1 AUTOCAUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.⁴¹

4.2 PRACTICAS DE AUTOCAUIDADO

Son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.⁴²

4.3 DIABETES MELLITUS 2 (DM2)

Se entiende por DM2 al grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; la alteración principal es el déficit de la acción o secreción de la insulina.⁴³

⁴¹ RAILE ALLIGOOD, Martha y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Séptima edición. España. Edi De S.L. ISBN 978-84-8086-716-0. 2011.

⁴² TOBON CORREA, Ofelia. Autocuidado una habilidad para vivir. [en línea]. [citado 24 febrero, 2013]. Disponible en internet: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf>

⁴³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>

5. MARCO TEORICO

5.1 GENERALIDADES DE LA DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento, con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado del diabético es complejo y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la glucemia.

La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona. En la diabetes mellitus tipo 1 las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante y aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos. También se puede presentar otros tipos de diabetes pero con menos frecuencia que estas como lo son la diabetes gestacional y la diabetes mody, entre otras.⁴⁴

5.2 DIABETES MELLITUS TIPO2

La DM2 comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. La alteración principal es el déficit de la acción o secreción de la insulina, como consecuencia, hay enfermedad microvascular, neuropática y macrovascular manifiesta en diferentes órganos como ojos, corazón, nervios y arterias.⁴⁵

⁴⁴ ASCHNER Pablo. Asociación latinoamericana de diabetes. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [en línea]. Colombia. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>>.

⁴⁵ Ibíd.

5.3 GLICEMIA Y DIABETES

La glicemia se conoce como la cantidad de glucosa en la sangre de una persona medida en miligramos por decilitro. Los valores normales de esta se estiman entre 70 a 100 mg/dl en ayunas, y menor de 180 mg/dl después de una comida. Una persona con diabetes suele manejar cifras por fuera de estos rangos, aumentando el riesgo de complicaciones a medida de que su glicemia se aparta de los dichos valores.⁴⁶

5.4 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para adquirir la enfermedad se clasifican en modificables y no modificables. Dentro de los modificables se encuentra la hipertensión arterial, ya que en la mayoría de los casos los pacientes con esta patología reúne otros factores de riesgo adicionales como la obesidad, apareciendo el riesgo en personas con índice de masa corporal mayor de 25; la inactividad física y el sedentarismo, la presencia enfermedad coronaria, y las personas con dislipidémias.

Por otro lado dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentra la edad, ya que el riesgo de padecer la enfermedad aumenta después de los 40 años; la herencia siendo mayor el riesgo en personas con antecedentes familiares de primer grado de consanguinidad; las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o con hijos macrosómicos (peso mayor de 4 kg), y la presencia de enfermedades asociadas a resistencia a la insulina como lo son acantosis nigricans, síndrome de ovario poliquístico, fibromas laxos.⁴⁷

5.5 MEDIOS DIAGNOSTICOS

El método más utilizado para la detección de la diabetes es la toma de la glicemia debido a su fácil uso, la aceptación de los pacientes y el bajo costo económico. Aunque existe otro método conocido como la glucosuria, que en la actualidad no es de uso rutinario.

⁴⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

⁴⁷ Ibid.

5.6 TRATAMIENTO DE LA DM2

El tratamiento en pacientes con DM2 se realiza con medicamentos orales, manejo con insulina y cambios en los estilos de vida.

5.6.1 Tratamiento farmacológico. Los medicamentos orales utilizados para el control de la DM2 comprenden los grupos de las sulfonilureas, las biguanidas (metformin), las tiazolidindionas, los inhibidores de la alfa glicosilada, las meglitidinas, los activadores de incretinas, y los inhibidores de la aldosa reductasa.⁴⁸ El mecanismo de acción y los efectos colaterales son diferentes según el tipo de medicamento, por lo cual el profesional de salud debe hacer una buena valoración del estado del paciente para determinar el fármaco y la dosis más adecuada para el paciente de acuerdo a su condición. Por otro lado, se debe administrar insulina en el control de la DM2 cuando a pesar de estar recibiendo tratamiento con hipoglucemiantes orales, persistan los síntomas de hiperglucemia.⁴⁹

5.6.2 Tratamiento no farmacológico. Además de las prescripciones farmacológicas, se requiere de una serie de medidas encaminadas a mejorar los autocuidados del paciente, partiendo por educar a este acerca de la importancia de realizar algunas modificaciones en su estilo de vida, cambios en su alimentación, y el aumento de la actividad física, que junto con el tratamiento farmacológico y apoyo psicológico son básicos en el manejo de la diabetes para garantizar un control adecuado de su enfermedad.

- Educación nutricional. Se debe brindar educación al paciente a cerca de los hábitos alimenticios que permitan el control de su enfermedad, explicándole las causas por las cuales es conveniente tener un control de su peso y evitar el exceso de grasas, azúcar y sal en la dieta.⁵⁰
- Actividad física. La educación impartida al paciente por parte del profesional de la salud debe ser clara, enfatizando la importancia de realizar alguna actividad física regular adecuada a las capacidades y condiciones de cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones propias de la enfermedad. Igualmente estas actividades

⁴⁸ ISAZA Carlos A, *et al.* Fundamentos de farmacología en terapéutica, quinta edición. ISBN 978-958-95444-1-9. Colombia: 2008. P. 297 – 305. [citado 06 jun, 2012].

⁴⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

⁵⁰ Ibid.

físicas deben implementarse de manera gradual y es importante que el paciente conozca además los riesgos de excederse en la intensidad y tiempo de estas actividades.⁵¹

- Acompañamiento psicológico. Además de valoración física, se debe realizar una adecuada valoración del estado mental y psicológico del paciente, y en caso de ser necesario brindarle un tratamiento oportuno tanto a este, como a sus familiares o cuidadores, ya que muchos de ellos requieren cambios en los estilos de vida difíciles de afrontar emocionalmente. Otro objetivo del apoyo emocional o psicológico está encaminado a lograr que el paciente tome conciencia de la importancia de asistir a los controles de su enfermedad programados por el profesional de salud y de tomarse sus medicamentos. El proceso psicológico debe ser individualizado y debe contemplar además las costumbres, creencias y cultura de cada paciente.⁵²

5.7 COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Durante la cronicidad de la diabetes, la hiperglucemia es el factor detonante que predispone el desarrollo de las complicaciones, dentro de ellas, las más importantes son la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía con sus múltiples manifestaciones, la enfermedad macrovascular (Accidente cerebro vascular, enfermedad coronaria, Infarto), el pie diabético, infecciones bucales, los estados de descompensación aguda como la Cetoacidosis diabética, y la hipoglucemia. Es importante aclarar que no existe sistema u órgano del cuerpo que no sea afectado por el estado constante de la hiperglucemia, pero los mencionados anteriormente, por sus repercusiones clínicas son las de mayor importancia.⁵³

5.7.1 Retinopatía. La retinopatía es altamente específica dentro de las complicaciones vasculares de la diabetes mellitus tipo 2, su prevalencia está relacionada con la duración de la diabetes. El riesgo de ceguera en pacientes diabéticos sería aproximadamente 25 veces mayor al resto de la población debido a que estos pacientes padecen de alteraciones en el flujo sanguíneo lo que disminuye el aporte de sangre a la retina, la cual es sensible al suministro

⁵¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

⁵² *Ibíd.*

⁵³ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf [citado] 22 de Septiembre, del 2012>

inadecuado de oxígeno, produciendo la muerte del tejido. Dentro de las manifestaciones se encuentran los cambios bruscos de agudeza visual con glicemia compensada, dolor agudo en globo ocular, escotomas, sensación de "moscas volantes", manchas fugaces, la descompensación metabólica produce cambios funcionales en la visión.⁵⁴

5.7.2 Nefropatía. La Nefropatía se presenta entre cinco y diez años después del inicio de la enfermedad, y surge por engrosamiento de la membranas de las células del riñón que son encargadas de la filtración de la Orina, lo cual genera un daño irreparable en el paciente. La incidencia de la nefropatía diabética afecta de 20 a 40% de los pacientes diabéticos, lo cual conduce a insuficiencia renal crónica (IRC) y está asociada con el incremento de la mortalidad. En los años se ha demostrado que la intervención oportuna reduce el riesgo y retarda la progresión de la nefropatía al controlar la glucemia hasta niveles cercanos a lo normal, la HTA y restringir la ingesta de proteínas.⁵⁵

5.7.3 Pie diabético. Se define pie diabético como la manifestación combinada a nivel de los pies de la enfermedad vascular periférica, la neuropatía periférica, las deformidades ortopédicas y con más frecuencia un componente traumático o infeccioso sobreagregado. El pie diabético es una de las complicaciones que causan mayor morbilidad y mortalidad y elevan los costos para el sistema de salud de manera significativa justificando 20% de los ingresos hospitalarios por diabetes.⁵⁶

En algunos pacientes después de algunos años de padecer la diabetes, esta genera alteraciones nerviosas, produciendo una menor sensibilidad en los miembros inferiores, especialmente en los pies. Esta condición puede hacer que ante la presencia de una lesión, ésta pase desapercibida. Por otro lado, la circulación sanguínea también se ve comprometida en mayor o menor medida, por lo cual toda lesión tardará más tiempo en curar, debido a que es menor la cantidad de sangre que llega a la herida y menor el aporte de oxígeno y nutrientes que llegan a esa lesión para permitir su correcta cicatrización.⁵⁷

⁵⁴ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: < www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf >

⁵⁵ *Ibíd.*

⁵⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

⁵⁷ GUÍA PRÁCTICA para la prevención y el cuidado del pie diabético. [en línea]. [Anónimo]. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.familymed.com.ar/web/Portals/0/familymed/pie%20diabetico.pdf>>.

5.7.4 Neuropatía diabética. La neuropatía es una de sus complicaciones más comunes de la diabetes, generalmente es de causa vascular, que provoca lesión de los nervios sensitivos al producirse una reducción de la sangre hacia los nervios, los cuales por la insuficiencia de Oxígeno y nutrientes mueren, dejando el área de la piel anestesiada, el cual es un factor predisponente para la génesis del pie diabético. La neuropatía diabética es detectable en 40 a 50 % de los pacientes después de diez años de padecer la enfermedad; cerca de la mitad de los pacientes con neuropatía serán sintomáticos con presencia de parestesias y disestesias nocturnas con predominio en extremidades inferiores.⁵⁸

5.7.5 Cetoacidosis diabética. La Cetoacidosis Metabólica es un desorden bihormonal caracterizado por niveles bajos de insulina y altos de glucagón. Este desbalance pone en marcha una serie de mecanismos que implican a las células hepáticas y grasas, desencadenando los síntomas característicos de la diabetes como son: poliuria, polidipsia, náuseas, vómito, debilidad, aumento del apetito y alteraciones del sensorio. Estos síntomas pueden evolucionar en alteraciones de conciencia, estados comatosos y la deshidratación. La mortalidad oscila entre 5-10%. En personas de edades superiores a 60 años la mortalidad puede alcanzar el 20%.⁵⁹

5.7.6 Estado hiperosmolar no cetónico o Hiperglicémico. Es producida por el aumento significativo en los niveles de azúcar en sangre, aumento de la osmolalidad sanguínea, deshidratación y poca o nula cetosis. Ocurre principalmente en pacientes con DM tipo 2, y en cerca del 30-40% de los casos constituye la primera manifestación de la enfermedad. Los síntomas típicos son la polidipsia, poliuria, polifagia, visión borrosa y pérdida de peso; también se desarrolla diversos grados de alteración musculares; alteraciones del estado de conciencia siendo la depresión progresiva la más común.⁶⁰

5.7.7 Accidentes cerebrovasculares. La diabetes mellitus ha sido descrita por la OMS como un factor de riesgo para el accidente cerebrovascular. Los pacientes con diabetes tienen una incidencia aumentada de enfermedad aterosclerótica cardiovascular, vascular periférica y enfermedad cerebrovascular. Diversos

⁵⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 [en línea]. [citado 12 Jun, 2012]. Disponible en internet: <www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ HERNANDEZ RUIZ; et al. Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos. Salud, Barranquilla [online]. 2008, vol.24, n.2 [citado 24 Sep, 2012], pp. 273-293. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-5552.

estudios han demostrado una alta morbimortalidad de ACV en la población diabética, siendo el de etiología isquémica el más prevalente.⁶¹

5.7.8 Hipoglucemia. La hipoglucemia se define como aquella situación clínica en la cual los valores de glucosa en sangre son inferiores a 45 mg/dl en todas las edades; siendo las causas más frecuentes la baja ingesta de carbohidratos y la sobredosificación de insulina. Dentro de los signos y síntomas de la hipoglicemia están el aumento del apetito, temblores, nerviosismo, sudoración, mareos o desvanecimientos, somnolencia, confusión, dificultad en el habla, ansiedad, debilidad.⁶²

5.7.9 Infecciones Periodontales. En los pacientes diabéticos se presenta una gran variedad de cambios bucales, lo cual facilita la aparición de infecciones orales, que son causa del mal control metabólico y del grado de higiene, lo que influye notablemente en la calidad de vida del paciente.⁶³

La enfermedad periodontal tiene mayor prevalencia en las personas diabéticas, debido a mecanismos fisiopatológicos propios de la enfermedad. La aparición de algunas de estas manifestaciones orales son debidas a la pérdida incrementada de fluidos asociados a la poliuria en diabéticos no controlados, mientras que otras, están influenciadas por el tipo de medicamento que toman, ya que algunos pueden ocasionar una disminución del flujo salival que facilita la aparición de caries y la presencia de candidiasis, y otros crean una inmunosupresión, la cual disminuye la respuesta defensiva facilitando la aparición de algunas infecciones micóticas. Además la presencia de caries está influenciada por los niveles incrementados de glucosa en la secreción salival.⁶⁴

5.8 AUTOCUIDADO EN DM2

⁶¹ NEIRA SANCHEZ Elsa Rosa, SECLÉN SANTISTEBAN. Estudio retrospectivo de la ocurrencia de accidente cerebrovascular en pacientes diabéticos. [en línea]. [citado el 25 de septiembre del 2012]. Disponible en internet: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n2/v11n2ao3.pdf>>

⁶² USA. NACIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. National Diabetes Information Clearinghouse, hypoglycemia. [en línea]. [citado 24 de septiembre de 2012]. Disponible en internet <http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/hypoglycemia/Hypoglycemia_SP_508.pdf>.

⁶³ HERNÁNDEZ PINO, Arnaldo Alejandro; CONDE RAMÍREZ, Arturo y SIRÉ GÓMEZ, Alexis Francisco. Gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. [en línea]. Archivo Médico de Camagüey, vol. 8, núm. 4, 2004. Cuba. [Citado 22 Sep, 2012].

⁶⁴ UGALDE IGLESIAS, Carlos Manuel. Prevalencia de especies de *Candida* en la cavidad oral en pacientes diabéticos tipo II. [en línea]. Universidad de Granada, 2008. [Citado 22 Sep, 2012].

La diabetes es una enfermedad de difícil manejo, que requiere de una vigilancia constante y un conocimiento amplio de la enfermedad por parte del equipo en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado.⁶⁵

El autocuidado se ha constituido en la base para la planeación del tratamiento de los pacientes diabéticos, que junto a los medicamentos ayudan a mantener controlada la enfermedad y a prevenir complicaciones, por tal motivo es indispensable inculcar en los pacientes diabéticos la capacidad de brindarse un autocuidado integral representado por la adherencia al tratamiento, alimentación adecuada, actividad física regular, cuidado integral y conocimientos acerca de su enfermedad.

5.8.1 Cumplimiento con el tratamiento. Dentro de las acciones de autocuidado realizadas por los pacientes diabéticos esta la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. El incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.⁶⁶

La capacidad de agencia de los pacientes está influida por muchos factores, como son:

La complejidad del tratamiento, ya que a mayor número de dosis que deben consumir los pacientes al día, menor es la adherencia al tratamiento; otro factor influyente es la duración del tratamiento, siendo mayor el compromiso de autocuidado en los pacientes diagnosticados con diabetes más recientemente, que en aquellos que llevan años padeciendo la enfermedad, algo paradójico ya que se esperaría que estos últimos tuvieran una adaptación al tratamiento luego de un tiempo; la atención médica también influye en la adherencia, puesto que existe una relación positiva en aquellos pacientes que reciben una mejor atención por parte del profesional de salud.⁶⁷

⁶⁵ SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA. Guía de autocuidado para personas con diabetes. [en línea]. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>>.

⁶⁶ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Información farmacoterapéutica de la comarca. [en línea]. Volumen 19, Nº 1, 2011. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>>.

⁶⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [en línea]. OMS 2004. [Citado 10 Jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>>.

Otros factores asociados con la capacidad de agencia, además de los anteriores, son la edad, siendo mayor la adherencia en adultos jóvenes; el sexo, donde los hombres por un lado realizan una mayor práctica de actividad física, pero también una menor adherencia al régimen alimenticio. La presencia de baja autoestima, estrés, depresión y abuso de alcohol en los pacientes, influyen negativamente en su adherencia. Por último, un factor interpersonal importante en la adherencia al tratamiento es el apoyo social, ya que las personas que cuentan con un apoyo e interés por parte de sus familiares han mostrado mejores resultados.⁶⁸

5.8.2 Eliminación de las actividades nocivas. La modificación de los factores del estilo de vida puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o en su defecto, pueden agravar las condiciones de la enfermedad.⁶⁹

Ante el diagnóstico de la Diabetes, por su condición de cronicidad y exigencia de modificaciones en los hábitos y el modo de vida de quien la padece, se hace indispensable que todos los miembros de la familia se solidaricen con el paciente participando activamente en la adaptación al cambio.⁷⁰ Por tal motivo la educación debe ir dirigida no solo al paciente sino también a su familia.

El manejo y progresión de la DM están ligados estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a su enfermedad. Estos cambios de la conducta pueden lograrse mediante la actividad física, la planificación alimentaria, las elecciones de comida, la adhesión al tratamiento con medicamentos, el monitoreo de glucemia, la adaptación psicosocial, la resolución de problemas relativos a la variación glucémica y las actividades para la reducción de riesgos.⁷¹

Aunque no exista cura para la DM, existen métodos para mantener controlados los niveles de glucosa en sangre lo más cercano a lo normal. Lo cual se podría facilitar si junto con el tratamiento se logra la integración de estilos de vida saludables, los cuales mejoran el control de la enfermedad y mejora la adherencia al tratamiento.⁷²

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ BALCÁZAR NAVA Patricia. Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. [en línea]. Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEH No.6. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10_-_No._6.pdf>.

⁷⁰ CIFUENTES Jeannette y QUNTUL Nivia. La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético? [en línea]. Osorno abril del 2005. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf>.

⁷¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2009. ISBN978-92-75-33290-0. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://prestigefacil.files.wordpress.com/2011/01/educacion-y-control-dbt-ops.pdf>>.

5.8.3 Alimentación adecuada. Los objetivos de la terapia nutricional son lograr y mantener un nivel de glicemia y Hemoglobina Glicosilada A1c (HbA1c) cercanos a los normales, mantener parámetros lipídicos que reduzcan el riesgo cardiovascular y lograr presiones arteriales en rangos aceptables y seguros.⁷³

Las personas con diabetes deben seguir un plan de alimentación individualizado acorde a su edad, necesidades biológicas, patologías concomitantes, cultura, estilo de vida, posibilidades económicas, actividad habitual y preferencias personales. Esto incluye consumo de variedad de alimentos de los 5 grupos principales (vegetales y frutas, cereales, leche y derivados, carnes, aceites y azúcares), asegurando una adecuada ingesta de carbohidratos, proteínas, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales y de fibra.⁷⁴

Algunas recomendaciones con respecto a la proporción de los nutrientes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son:

- Proteínas. Se recomienda las mismas indicaciones que para la población general, 0.8 g de proteínas de alta calidad por kg/día en el adulto, o alrededor de 10% de calorías diaria y cuando se inicia la caída de la filtración glomerular, no restringir más allá de 0.6 g/kg/día a fin de no provocar desnutrición.⁷⁵
- Carbohidratos. El porcentaje de Calorías de los carbohidratos varía, es individual y basado en los hábitos de consumo, la meta de glucemia y lípidos. La proporción recomendada depende de los objetivos del tratamiento y fluctúa entre 45% y 65% de las Calorías. El perfil metabólico y la necesidad de bajar de peso deben considerarse al determinar el contenido de grasas monoinsaturadas del plan alimentario. La restricción de los carbohidratos a menos de 130 gramos/día no se recomienda, debido a que el cerebro y el sistema nervioso tienen un requisito absoluto para la glucosa como fuente de energía.⁷⁶

⁷² CORBACHO ARMAS Kelly; PALACIOS GARCÍA Nícida y VAIZ BONIFAZ Rosa. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. [en línea]. Rev. enferm hereditaria. 2009. [citado 13 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559634&indexSearch=ID>.

⁷³ LAHSEN M. Rodolfo y REYES S. Nut Soledad. Enfoque nutricional en la diabetes mellitus. [en línea]. Rev. med. clin. condes - 2009; 20(5) 588 – 593. [citado 09 jun, 2012]. Disponible en internet: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_5/04_Dr_Lahsen.pdf.

⁷⁴ FRECHTEL Gustavo y LITWAK León. Guía del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. [en línea]. Sociedad Argentina de Diabetes A.C. 2010. [citado 08 jun, 2012]. Disponible en internet: http://www.diabetes.org.ar/docs/2010_10_SAD_Guia_del_Tratamiento_de_la_DM2.pdf.

⁷⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2009. ISBN978-92-75-33290-0. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://prestigefacil.files.wordpress.com/2011/01/educacion3b3n-y-control-dbt-ops.pdf>.

⁷⁶ Ibíd.

- Lípidos. No más del 30 % de las calorías totales con un 10% o más de ácidos grasos monoinsaturados. Menos del 10% de Saturados y 10% de Poliinsaturados. Los ácidos grasos omega 3 presentes en los pescados tienen un efecto benéfico sobre los triglicéridos. Se recomienda también no exceder el consumo de 300 mg diarios de colesterol y disminuir el consumo de las grasas transácidas.⁷⁷
- Sodio. Los individuos difieren de la sensibilidad a la ingesta de Sodio, relacionada con la presión arterial. La recomendación del Sodio es la misma de la población general. No más de 2.400 mg/día, equivalente a 6.000 mg/día de Cloruro de Sodio.⁷⁸
- Vitaminas y minerales. Una ingesta dietaria adecuada aporta generalmente vitaminas y minerales en cantidad suficiente y no es necesaria una suplementación.⁷⁹

5.8.4 Actividad física. El ejercicio físico regular, junto con la dieta y la medicación son los tres pilares básicos del tratamiento de la diabetes. Cada persona tiene una condición física diferente y la intensidad recomendable para una persona puede resultar contraproducente para otra.⁸⁰

En general se recomienda que los pacientes con diabetes realicen al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la semana, ya que esta es fundamental en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, se recomienda que se inicie con una implementación gradual, y que antes de cambiar el patrón de actividad física, las personas con diabetes deban ser evaluadas por su médico con las pruebas diagnósticas apropiadas. Además se debe hacer énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.⁸¹

La realización de ejercicios regulares incluso en personas adultas mayores, tienen una reducción de la resistencia a la insulina y la DM2, suelen revelar una mejor tolerancia a la glucosa y una respuesta de insulina más baja que los sujetos

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2009. ISBN978-92-75-33290-0. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://prestigefacil.files.wordpress.com/2011/01/educacic3b3n-y-control-dbt-ops.pdf>>.

⁸⁰ CENTRO HOLÍSTICO NAHUALKUMA. Tipo de Actividad Física en Diabetes. [en línea]. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nahualkuma.com.ar/>>.

⁸¹ *Op, cit.*

sedentarios de la misma edad. Asimismo, el mantenimiento de actividad física regular, es el mejor predictor del mantenimiento de la pérdida de peso.⁸²

Algunos beneficios para la salud de los pacientes diabéticos al realizar actividad física son disminución del riesgo de termogénesis, mejoramiento de la sensibilidad a la insulina, aumento de los niveles de HDL, reducción de peso, bienestar emocional, reducción del estrés y disminución del riesgo de complicaciones.⁸³

5.8.5 Cuidado de los pies. Se define pie diabético como la manifestación combinada a nivel de los pies de la enfermedad vascular periférica, la neuropatía periférica, las deformidades ortopédicas y con más frecuencia un componente traumático o infeccioso sobreagregado. El pie diabético es una de las complicaciones que causan mayor morbilidad y mortalidad y elevan los costos para el sistema de salud de manera significativa justificando 20% de los ingresos hospitalarios por diabetes.⁸⁴

En algunos pacientes después de algunos años de padecer la diabetes, esta genera alteraciones nerviosas, produciendo una menor sensibilidad en los miembros inferiores, especialmente en los pies. Esta condición puede hacer que ante la presencia de una lesión, ésta pase desapercibida. Por otro lado, la circulación sanguínea también se ve comprometida en mayor o menor medida, por lo cual toda lesión tardará más tiempo en curar, debido a que es menor la cantidad de sangre que llega a la herida y menor el aporte de oxígeno y nutrientes que llegan a esa lesión para permitir su correcta cicatrización.⁸⁵

Dentro de las acciones que debe tener en cuenta un paciente diabético para la prevención del pie diabético están:

- Higiene. Los pies deberán lavarse diariamente, si es posible con agua tibia y jabón, máximo durante 10 minutos para evitar el reblandecimiento de estos, y procurando nunca comprobar la temperatura del agua con los pies. Además es importante que al finalizar el lavado, el paciente seque bien sus pies, teniendo especial atención en la zona interdigital, ya que la humedad en este lugar favorece el desarrollo de micosis.

⁸² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

⁸⁵ GUÍA PRÁCTICA para la prevención y el cuidado del pie diabético. [en línea]. [Anónimo]. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.familymed.com.ar/web/Portals/0/familymed/pie%20diabetico.pdf>>.

- Inspección. En estos pacientes es importante que inspeccionen diariamente sus pies, buscando la presencia de zonas resacas, fisuras de la piel, callosidades o cualquier tipo de lesión. Si la piel se encuentra seca, se debe tratar de hidratar mediante la aplicación de cremas. En caso de ser necesario se recomienda el uso de un espejo como ayuda para visualizar mejor los pies, o pedir ayuda a un familiar. En estos pacientes la presencia de cualquier ampolla, o herida, no importa el tamaño, es signo de alarma y debe consultar al médico.
- Uñas. Las uñas no deben cortarse en forma redonda, sino en forma recta, nunca estando más cortas que el extremo del dedo, no se deben cortar las cutículas, ni extirpar las esquinas.
- Calzado. Es importante que a la hora de escoger el calzado se tenga en cuenta que estos deben ser blandos y cómodos, lo cual permita que los dedos se encuentren en su posición natural, es recomendable que estos no terminen en punta. Además se debe revisar cuidadosamente el interior del zapato antes de colocárselo, y prestar atención a la presencia de algún elemento que pueda causar laceraciones a los pies, incluyendo costuras, rebordes, piedritas, etc.

Por otro lado se debe evitar caminar descalzo, especialmente en suelos áridos o calientes, ya que debido a que la sensibilidad en estos pacientes esta disminuida, puede aparecer lesiones sin ser percibidas a tiempo.⁸⁶

5.8.6 Cuidado de la boca. Una buena higiene es esencial para la salud bucal, por lo cual es de suma importancia que los pacientes diabéticos sean conscientes de que el déficit de esta, contribuye a iniciar la enfermedad periodontal o agravarla si ya está instaurada, y que a su vez, hace que el control de la diabetes se haga más difícil.⁸⁷

Algunas recomendaciones para garantizar una adecuada higiene bucal en los pacientes diabéticos son:

- Cepillarse y usar hilo dental diariamente, lo cual debe hacerse con una técnica adecuada que no condicione lesiones por cepillado brusco.
- Usar un cepillo de dientes de cerdas suaves y sustituirlo máximo cada 3 meses.

⁸⁶ GUÍA PRÁCTICA para la prevención y el cuidado del pie diabético. [en línea]. [Anónimo]. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.familymed.com.ar/web/Portals/0/familymed/pie%20diabetico.pdf>>.

⁸⁷ MARTINEZ MELÉNDREZ, Rosalba Liliانا. Diagnóstico y propuesta de control de la enfermedad periodontal en pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el hospital rural no. 51 de Villanueva zacatecas. [en línea]. Universidad autónoma de Zacatecas. Unidad académica de odontología. [Citado 22 Sep, 2012].

- Acudir al odontólogo regularmente, mínimo cada 6 meses, informando la condición de paciente diabético.
- No fumar. El tabaco agrava las lesiones o enfermedades de la cavidad bucal.
- Revisar regularmente el estado bucal. En caso de presentar alguna manifestación infecciosa, visitar al odontólogo lo más pronto posible.⁸⁸

5.8.7 Conocimientos acerca de la enfermedad. El nivel de conocimiento que posee el paciente predetermina la limitación en el autocuidado, restándole inclinación al aspecto preventivo y ocasionando serias complicaciones que pueden conllevar la discapacidad o muchas veces a la muerte del paciente.⁸⁹

El tener un conocimiento apropiado sobre la enfermedad y la práctica de estilos de vida saludables permiten que el paciente pueda controlar mejor los niveles de glucosa y, de esa manera, optar por una mejor forma de vivir con esta enfermedad.

Por otro lado, las ideas erróneas que pueden tener los pacientes acerca de la enfermedad, aumentan el riesgo de sufrir complicaciones, el cual se puede disminuir si estos reciben información adecuada sobre el tratamiento, dieta u otros cuidados, asistiendo regularmente a los controles programados.⁹⁰

La educación es parte fundamental del autocuidado en enfermería, ya que mediante ella informamos, motivamos y fortalecemos los conocimientos obtenidos por los usuarios y la familia en cada consulta. Esto origina la efectividad de sus intervenciones, mediante la aceptación de su enfermedad y cumplimiento de su autocuidado para mantener en equilibrio su salud.⁹¹

⁸⁸ SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA. Diabetes y cuidado bucal. [en línea]. [Citado 22 Sep, 2012].

⁸⁹ CABRERA MORÓN Rommy, *et al.* Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – EsSalud – 2009. [en línea]. Rev enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36. [citado 6 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605420&indexSearch=ID>>.

⁹⁰ CORBACHO ARMAS Kelly; PALACIOS GARCÍA Nícida y VAIZ BONIFAZ Rosa. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. [en línea]. Rev. enferm herediana. 2009. [citado 13 jun, 2012]. Disponible en internet:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559634&indexSearch=ID>>.

⁹¹ Ibid.

5.9 TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es por tanto un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidados, necesidades de autocuidado y actividades de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación, de funcionamiento y desarrollo humano. Por tanto el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo. Siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos.⁹²

Los requisitos de autocuidado que plantea Orem, se derivan de una reflexión interior formulada expresa que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija: 1. El factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. 2. La naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo, y expresa los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquel.⁹³

5.9.1 Requisitos de autocuidado universales. En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

- El mantenimiento de un consumo de aire, agua, y alimentos suficientes
- La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos
- La preservación de un equilibrio, entre actividad y reposo
- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social
- La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo, y el bienestar personal

⁹² RAILE ALLIGOOD, Martha y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Séptima edición. España. Edi De S.L. ISBN 978-84-8086-716-0. 2011.

⁹³ Ibid.

- La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal.⁹⁴

5.9.2 Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo. Estos están determinados por el ciclo vital. Se definen como aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayudan a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.⁹⁵

5.9.3 Requisitos de autocuidado cuando falla la salud. Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas, o que han sufrido un accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluye defectos y discapacidad, y para los que existen diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud, como un estado que abarca un cierto número de tiempo determina un conjunto de cuidados necesarios, mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de las circunstancias de estar enfermo, como de las medidas tomadas, en el diagnóstico o el tratamiento.⁹⁶

5.9.4 Principales conceptos y definiciones:

- Demanda de autocuidado terapéutico. Se define como las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado, conocidas del individuo, que depende en particular de cada enfermedad, y de las circunstancias. Y requieren de la aplicación de métodos apropiados para controlar o gestionar factores identificados en las necesidades de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo, y cumplir con el elemento de actividad de la necesidad.⁹⁷
- Actividad del autocuidado. Es la compleja capacidad adquirida de las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y

⁹⁴ RAILE ALLIGOOD, Martha y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Séptima edición. España. Edi De S.L. ISBN 978-84-8086-716-0. 2011.

⁹⁵ *Ibíd.*

⁹⁶ *Ibíd.*

⁹⁷ *Ibíd.*

llevar a cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual.⁹⁸

- Déficit de autocuidado. Es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existencial o potencial.⁹⁹
- Actividad de Enfermería. Es el conjunto de actitudes que desarrollan las personas con formación de Enfermería para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de actividad de autocuidado.¹⁰⁰
- Sistemas de Enfermería. Se definen como las series y secuencias de acciones, prácticas deliberadas que llevan a cabo los profesionales de Enfermería, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial.¹⁰¹

⁹⁸ RAILE ALLIGOOD, Martha y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Séptima edición. España. Edi De S.L. ISBN 978-84-8086-716-0. 2011.

⁹⁹ *Ibíd.*

¹⁰⁰ *Ibíd.*

¹⁰¹ *Ibíd.*

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio con enfoque cuantitativo porque usa “la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento”.¹⁰² Es descriptivo por que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de los pacientes diabéticos a nivel del autocuidado reflejado en sus estilos de vida, y además porque no existen antecedentes que describan este tipo de variables en la población. Por último, es de tipo transversal porque se plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Por lo tanto permite recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, y su propósito es describir variables y su incidencia en un momento dado.¹⁰³

6.2 POBLACION

La población está conformada por 123 pacientes registrados en la base de datos del programa riesgo cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina sede granjas, para el periodo Enero – Marzo de 2013.¹⁰⁴

6.3 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 p q N / Ne^2 + Z^2 p q$$

Los parámetros son:

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de Confianza (1.96)

p = Variabilidad Positiva (0.5)

q = Variabilidad Negativa (0.5)

N = Tamaño de la Población (123)

¹⁰² HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNENDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Pág., 5. 243-245. [citado 06 jun, 2012]

¹⁰³ Ibid. Pág, 102.

¹⁰⁴ ESE CARMEN EMILIA OSPINA. Bases de datos programas especiales “Riesgo Cardiovascular”. [CD]. Neiva: Enero – Marzo, 2012. [citado 12 jun, 2013].

e = Precisión o ERROR (0.05)

$$n = (1.96)^2(0.5)(0.5)(123)/(123)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)$$
$$n = (3.8416)(0.25)(123)/(123)(0.0025) + (3.8416)(0.25)$$
$$n = 118,12/0,3075+0.96$$
$$n = 118,12/1.2679$$
$$n = 93,16 = 93$$

La muestra calculada con un nivel de confianza del 95% es de 93 pacientes.

6.4 TIPO DE MUESTREO

El muestreo fue probabilístico porque todos los elementos de la población tenían la misma probabilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población, tamaño de la muestra y se define el error estándar, y el nivel de confianza.¹⁰⁵ La selección de la muestra se realizó a través del método aleatorio simple, donde todos los pacientes tuvieron al inicio del estudio la misma probabilidad de ser seleccionados.¹⁰⁶

6.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

6.5.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 vinculados al programa “riesgo cardiovascular” en control en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas.
- Pacientes que acepten y firmen su intención mediante el consentimiento informado (anexo A)

6.5.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que residan fuera de la ciudad de Neiva
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que estén embarazadas
- Pacientes con algún tipo de discapacidad mental según puntuación del Mini-exámen cognoscitivo. (anexo B).

¹⁰⁵ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ C. Carlos y BAPTISTA L. Pilar. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. México. 1997. 240-245. [citado 10 jun, 2012].

¹⁰⁶ Ibid.

6.6 MÉTODO Y TÉCNICA

6.6.1 Recolección y análisis de la información. La información fue recolectada a través de una entrevista Estructurada, donde a cada participante se le aplicó el mismo instrumento, con igual número de preguntas, en el mismo orden y en condiciones similares.

Los datos obtenidos fueron organizados en una matriz MICROSOFT EXCEL 2010®, y procesados y analizados a través del paquete estadístico SPSS 20.0® en el cual se aplicaron las funciones estadísticas de distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central.

6.6.2 Descripción del instrumento. Se elaboró un instrumento (anexo B) que consta de dos partes, una orientada a identificar los datos sociodemográficos y condiciones de vivienda de los pacientes, y la otra conformada por 58 preguntas algunas de tipo dicotómicas y otras abiertas, las cuales evaluaron las prácticas de autocuidado de los pacientes, con base en los requisitos propuestos por Dorothea Orem en su teoría del autocuidado, y en los objetivos planteados para la investigación.

6.6.3 Confiabilidad del instrumento. Se realizó una prueba piloto de la investigación con el 10% de la población (12 pacientes) en la sede 7 de Agosto de la ESE Carmen Emilia Ospina.

6.6.4 Validación del instrumento. Se sometió el instrumento a validez mediante el empleo de un panel de cinco expertos en el área, los cuales evaluaron el instrumento teniendo en cuenta los siguientes aspectos claridad, redacción, coherencia y pertinencia.

6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL ASPECTOS/ DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALAS DE MEDICIÓN
SOCIODEMOGRAFICAS	Son las Características que describen a la población en el contexto social y demográfico	Género	Femenino Masculino	NOMINAL
		Edad	Años Cumplidos	RAZÓN
		Nivel Socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Más de 5	RAZON
		Escolaridad	Ninguno Primaria Bachiller Técnico Tecnológico Universitario	RAZON
REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO	a. Mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimentos suficientes	Respiración	Dificultad para respirar al dormir Métodos para mejorar la dificultad respiratoria	RAZON
		Consumo de Agua	Numero de vasos de agua durante el día	RAZON

		Consumo de sal	Cantidad de sal que consume en las comidas	RAZON
		Consumo de azúcar	Cantidad de azúcar que consume en sus bebidas	RAZON
		Consumo de Carbohidratos	Cantidad de carbohidratos que consume diariamente	RAZON
		Consumo de Frutas	Cantidad y Frecuencia en el consumo de frutas; tipos de frutas que consume	RAZON
		Consumo de verduras	Cantidad y Frecuencia en el consumo de verduras; que verduras consume	RAZON
		Consumo de alimentos ricos en grasas	Cantidad y Frecuencia en el consumo de alimentos ricos en grasa; Tipo de alimentos ricos en grasa que consume	RAZON

	b. La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo	Actividad Física	Tiempo dedicado a la actividad física Frecuencia en la realización de actividad física	RAZON
		Sueño	Horas que duerme diariamente Ayudas para poder dormir Tiene un sueño reparador	RAZON
	c. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	Apoyo familiar	Con quien vive Personas lo apoyan en sus necesidades	RAZON
		d. La promoción del funcionamiento y el desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal	Utilización de los servicios de salud	Casos en que solicita atención por parte del personal de salud
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO	Eliminación de actividades nocivas, y disminución del Stress	Control del peso corporal	Frecuencia en la medición del peso corporal Conocimiento del peso actual	RAZON

		Consumo de cigarrillo	<p>Consume cigarrillo</p> <p>Numero de cigarrillos que fuma al día</p>	RAZON
		Consumo de bebidas alcohólicas	<p>Consume de bebidas alcohólicas</p> <p>Frecuencia en el consumo</p> <p>Tipo de bebidas alcohólicas, Numero que consume al día</p>	RAZON
		Stress	<p>Situaciones le generan stress</p> <p>Acciones o actividades realiza para disminuir el estrés</p>	RAZON
REQUISITO DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	Reconocimiento de su enfermedad	Diagnostico Diabetes	Hace cuanto tiempo que le diagnosticaron Diabetes	RAZON
	Cuidado integral	Cuidados de la boca	Frecuencia que inspecciona su boca	RAZON

		Cuidados de los pies	Frecuencia que inspecciona sus pies Uso de calzado cerrado Secado de los pies después de bañarse Corte de las uñas de forma redonda o recta	RAZON
	Cumplimiento con el tratamiento	Conocimiento de los medicamentos que consume	Nombre de los medicamentos que consume	RAZON
		Cumplimiento de la medicación	Toma de los medicamentos a la hora y dosis formulada	RAZON
		Asistencia a los controles	Frecuencia en la asistencia de los controles para la diabetes durante el año	RAZON
		Cumplimiento con las recomendaciones del personal de salud	Cumple las recomendaciones que le da el personal de salud	RAZON

		Atención brindada por el personal de salud	Como considera la calidad de la atención que brinda el personal de salud en los controles	RAZON
		Fomento del autocuidado en los controles	La atención que recibe de los controles lo motiva a cuidarse a sí mismo	RAZON
		Cambios en la Glicemia	Que hace cuando tiene cambios en la glicemia: (Hipoglicemia - Hiperglicemia)	RAZON
	Búsqueda de conocimiento	Fuentes de información	A quien acude cuando quiere saber más acerca de su enfermedad, o función de los medicamentos	RAZON
		Conocimientos que fomentan el control de la glicemia	Causas que incrementan la glicemia	RAZON
			Conocimientos acerca de las complicaciones de la diabetes	RAZON
			Conocimientos acerca de los efectos indeseados de los medicamentos que consume	RAZON

6.8 CONSIDERACIONES ETICAS

Según la Resolución 8430, éste estudio es considerado de bajo riesgo debido a que la investigación no trata aspectos sensitivos de la conducta y no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes de este estudio.¹⁰⁷

Además se adoptó el consentimiento informado en el cual se explica el objetivo de la investigación, guardando respeto por su decisión de participar o no en el estudio sin ningún tipo de presión, y garantizando el derecho a la dignidad humana.

Se tuvo en cuenta la ley 266 de 1996, que reglamenta la Profesión de Enfermería y se dictan otras disposiciones, con las cuales se debe ofrecer una atención con principios humanos y éticos, responsabilidad y con calidad.¹⁰⁸

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta son los contenidos en el código de ética de Enfermería¹⁰⁹:

BENEFICENCIA - NO MALEFICENCIA: la investigación busca identificar la situación actual de autocuidado de los pacientes diabéticos con el fin de servir de base para guiar el tratamiento de estos pacientes. Por otro lado, no se realizó ninguna intervención que pueda poner en riesgo la salud de los pacientes.

AUTONOMÍA: Los pacientes tuvieron la libertad de decidir si quieren o no hacer parte de esta investigación, y de igual forma se respetó su decisión de retirarse en el momento que deseen.

IGUALDAD: Todos los pacientes que reunieron los criterios de inclusión, contaron con la misma oportunidad de ser escogidos en nuestra investigación, y recibieron el mismo trato desde el principio hasta el final de esta.

JUSTICIA: Se tuvo en cuenta que todas las personas tenían las mismas necesidades de salud, por lo tanto se respetó la muestra seleccionada independientemente de que algunos tengan mayores demandas que otros.

¹⁰⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Santafé de Bogotá. El ministerio. Octubre 04, 1993. [Citado 13 abril, 2012]. Disponible en internet: <http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf>

¹⁰⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACION. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [en línea]. Santafé de Bogotá. El ministerio. Enero 05, 1996. [Citado 13 abril, 2012]. Disponible en internet: <http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html>

¹⁰⁹ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA. Código de ética de enfermería. Guía para el desempeño del profesional de enfermería [en línea]. Santafé de Bogotá, Colombia. ACOFAEN. Julio, 1998. Citado [13 abril, 2012]. Disponible en internet: <http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63>

PRIVACIDAD: Se respetó la privacidad de cada paciente, ya que los datos solo se utilizaron con fines investigativos, y se guardara en reserva la identificación de los participantes en el estudio.

FIDELIDAD: Se obtuvo un ambiente de confianza con los pacientes participantes del estudio, cumpliendo con las obligaciones y los compromisos acordado con estos.

Por otro lado, la investigación se rigió bajo la Ley 911 de 2004, mediante la cual se establece la responsabilidad del profesional de Enfermería en investigación, teniendo en cuenta las disposiciones éticas de conservación de la dignidad, integridad y derechos de los participantes, sin utilizar personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas.¹¹⁰

Finalmente el proyecto contó con el aval ético de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana y la ESE Carmen Emilia Ospina (anexo D).

¹¹⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [en línea]. Bogotá D.C. El ministerio. Octubre 05, 2004. [Citado 13 abril, 2012]. Disponible en internet: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-05034_archivo_pdf.pdf>

7. RESULTADOS

7.1 CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 1. Total de Edades agrupadas por intervalos

Edad (agrupado)				
		Frecuencia	%	% acumulado
Válidos	(34,44)	1	1,1	1,1
	(44,54)	2	2,2	3,2
	(54,64)	11	11,8	15,1
	(64,74)	28	30,1	45,2
	(74,84)	30	32,3	77,4
	(84,94)	15	16,1	93,5
	(>94)	6	6,5	100,0
	Total	93	100,0	
Media	65,8			
Mediana	65,0			
Desv. Típica.	11,4			

Con base en la tabla 1 la muestra estuvo conformada por una n=93, describe la distribución por rangos de edad, con una media de 65.8 años, una desviación estándar de 11,4, lo cual indica que la población se encuentra dentro de la etapa de la vejez según la clasificación del ciclo vital, esto es acorde con la epidemiología de la diabetes, ya que es una enfermedad crónica que genera alta incidencia en morbilidad y mortalidad en el adulto y adulto mayor.¹¹¹ Adicionalmente, se encontraron las edades agrupadas distribuidas de la siguiente manera 64 a 74 años con 30,1%, de 74 a 84 años con 32,3% y 84 a 94 años con 16,1%, en las cuales se requieren de un cuidado especial debido a que el cuerpo envejecido es diferente aun estando en buenas condiciones¹¹².

¹¹¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno. [en línea]. Anexo técnico Res 4003 de 2008. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.cuentadealtocosto.org/Docs/resoluciones/Resolucion%204003%20-%202008%20Anexo.pdf>>

¹¹² MEXICO. GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE EQUIDAD Y DESARROLLO SOCIAL. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. [en línea]. 1a. edición, agosto 2000. ISBN 968-816-329-5. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf>

Tabla 2. Datos sociodemográficos

EPS a la que está afiliado	N	%
Comfamiliar	48	51,61
Caprecom	7	7,53
Comparta	10	10,75
Cafesalud	17	18,28
Solsalud	6	6,45
No Sabe	5	5,38
Estrato de la vivienda		
Estrato 1	22	23,66
Estrato 2	71	76,34
Escolaridad		
Ninguna	8	8,60
Primaria Completa	38	40,86
Primaria Incompleta	24	25,81
Secundaria Completa	9	9,68
Secundaria incompleta	11	11,83
Educación Superior	3	3,23
Estado Civil		
Casado(a)	28	30,11
Soltero(a)	19	20,43
Viudo (a)	25	26,88
Union Libre	8	8,60
Separado(a)	13	13,98
Sexo		
Masculino	24	25,81
Femenino	69	74,19
Ocupación		
No trabaja	5	5,38
Trabajador Formal	6	6,45
Trabajador Informal	22	23,66
Trabajo en el Hogar	60	64,52
Ingresos Mensuales		
Menos de un S.M.L.V	74	79,57
Entre 1 y 2 S.M.L.V.	19	20,43
Tipo de piso de la vivienda		
Tierra Pisada	3	3,23
Baldosa	49	52,69
Cemento	41	44,09

La tabla No 2 describe las siguientes características: 74% de los encuestados pertenece al sexo femenino, siendo este patrón similar en las estadísticas de morbimortalidad del adulto mayor presentadas para esta enfermedad en el perfil epidemiológico de Neiva del año 2010¹¹³; en relación con el estado civil, 61,3% de los pacientes no tiene ningún tipo de unión conyugal, por tanto es un factor de riesgo, debido a que el apoyo de las parejas es importante en la adherencia de los pacientes al autocuidado¹¹⁴, además, la familia y la pareja suelen ser los dos mayores predictores de la buena salud en la adherencia a la medicación o seguimiento de la dieta.¹¹⁵

La población objeto de atención en salud de la ESE Carmen Emilia Ospina, pertenece principalmente al régimen subsidiado, que corresponde a la población pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago. El 51,61% están afiliados a la EPS-S Comfamiliar, la Entidad con mayor número de afiliados en el Departamento del Huila¹¹⁶.

Respecto a la ocupación, 64,51% de los pacientes trabajan en el hogar algo favorable para la facilitación de los autocuidados; 79,57% tiene ingresos mensuales inferiores a 1 salario mínimo y el 100% pertenece a los estratos socioeconómicos 1 y 2, corroborando que pertenecen a la población pobre del Municipio. Además, 52,69% refieren que el piso de su vivienda es de baldosa y 44,09% de cemento.

En el nivel educativo de los encuestados se encuentra que 40,86% tienen educación básica primaria completa; el 25,81% educación básica primaria incompleta; y 8,60% no tiene ningún nivel de educación. El sistema educativo colombiano conformado por diferentes niveles de formación, busca la capacitación y cualificación permanente, personal, cultural y Social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y deberes. Lo anterior se convierte en un factor de riesgo, debido a que el nivel de

¹¹³ COLOMBIA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Perfil Epidemiológico Neiva 2010. Citado el 20 de noviembre del 2013. Pag 34.

¹¹⁴ JANSÀ Margarida. La importancia de la pareja y de las variables sociocognitivas en el control de la diabetes tipo II. [En línea]. Forumclinic diabetes noticias. 15 de febrero de 2013. [citado 15 nov, de 2013]. Disponible en internet: <<http://www.forumclinic.org/es/diabetes/noticias/la-importancia-de-la-pareja-y-de-las-variables-sociocognitivas-en-el-control-de-la>>

¹¹⁵ CRUZ TORRES María de Lourdes y FELTRIN MIRANDA María Esther. Apoyo social a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [en línea]. Universidad veracruzana, Facultad de enfermería. Junio, 2010. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/328/1/CruzTorres-FeltrinMiranda.pdf>>

¹¹⁶ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Superintendencia Nacional de Salud. Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia. [en línea]. Abril de 2011. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf>>

educación se encuentra dentro los factores multicausales que afectan la adopción de estilos de vida saludable y realización de actividades de autocuidado.¹¹⁷

7.2 REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

7.2.1 Mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimentos suficientes

Tabla 3. Dificultad para respirar

Dificultad para respirar mientras duerme	N	%
Si	20	21,51
No	73	78,49
Que hace para mejorar la Dificultad		
No presenta Dificultad Respiratoria	73	78,49
No hace Nada	5	5,38
Ir al Médico y/o Remedios caseros	8	8,60
Cambios de Posición	7	7,53

La dificultad para respirar mientras se duerme es causa notable de complicaciones de enfermedades y mortalidad en todo el mundo. Esta dificultad en los pacientes diabéticos se acompaña de una mayor frecuencia de resistencias a la insulina y agrava la diabetes.¹¹⁸

En la tabla 3 se observa que el 21,51% de los pacientes presentan dificultad para respirar mientras duermen, 8,60% asisten al médico y toman remedios caseros, 7,53% realiza cambio de posición como mecanismo para disminuirla. Es de resaltar que 5,38% no realiza ninguna acción para disminuir esta dificultad, lo cual problematiza el manejo de la enfermedad dado que el tratamiento de la dificultad respiratoria reduce la dosis necesaria de insulina.¹¹⁹

¹¹⁷ DIAZ Amador, et al .Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos de medicina familiar. [en línea]. Revista redalyc. Vol. 9 Num. 2. Mexico. Abril- Junio 2007 pp. 99 – 107. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454006>>

¹¹⁸ FAUCI Anthony S. Principios de Medicina Interna de Harrison. Principios de Medicina Interna. 17ª ed. México DF: Mc-Graw Hill Interamericana Editores; 2009. [citado 15 nov, 2013].

¹¹⁹ *Ibíd.*

Tabla 4. Mantenimiento en el consumo de agua y alimentos suficientes

Vasos de Agua que consume al día	N	%
Menos de un litro al día	20	21,51
De 1 a 2 litros al día	54	58,06
De 2 a 3 litros al día	16	17,20
Más de 3 litros al día	3	3,23
Cantidad de sal que consume		
Sin Sal	18	19,35
Bajo en Sal	58	62,37
Moderado en sal	15	16,13
Salado	2	2,15
Adición de sal a los alimentos después de la preparación		
Si	2	2,15
No	91	97,85
Cantidad de azúcar que consume en las bebidas		
Sin azúcar	47	50,54
Bajo en azúcar	34	36,56
Moderado en azúcar	7	7,53
Dulce	5	5,38
Cantidad de Harinas Consumidas en el día		
Menos de 2 harinas	3	3,23
De 3 a 4 Harinas	44	47,31
De 5 a 6 Harinas	36	38,71
Más de 6 Harinas.	10	10,75
Harinas que consume		
Derivados del trigo	6	6,45
Granos	1	1,08
Derivados del trigo y Granos	12	12,90
Derivados del trigo y Almidones	10	10,75
Granos y almidones	10	10,75
Derivados del trigo, granos y almidones	40	43,01
Derivados del Maíz, granos y almidones	8	8,60
Derivados del trigo, Derivados del maíz, Granos y almidones	6	6,45

La tabla anterior permite identificar que 21,51% beben menos de un litro de agua al día, lo cual es inadecuado debido que el consumo adecuado de agua es un factor protector para el funcionamiento de los riñones, evitar la deshidratación, mantener la temperatura corporal normal y ayudar a la digestión.¹²⁰

¹²⁰ UNIVERSIDAD DE CHILE.]. Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos. Alimentación y Vida Saludable en el adulto. [en línea [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.inta.cl/comunidad/index.php/articulos/adulto-mayor>>

En relación al consumo de sal en las comidas, 19,35% de los pacientes no consumen sal, 62,37% consumen alimentos con bajo contenido de sal y 2,15% consume alimentos salados, y acostumbran adicionarle sal a los alimentos después de la preparación, esto es inadecuado, ya que los pacientes diabéticos deben modificar los factores que contribuyen a incrementar la presión arterial, como el agregado de sal a las comidas y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.¹²¹

Por otra parte, respecto al consumo de azúcar en las bebidas, 50,54% afirma tomarlas sin adicionarle azúcar; 36,56% con bajo contenido en azúcar y 5,38% consumen las bebidas dulces, es importante que la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 evite consumir alimentos y bebidas dulces ya estas aumentan significativamente la glucemia.¹²²

También, 49,46% consumen de 3 a 4 harinas al día, siendo estas las recomendadas en la dieta del paciente diabético¹²³; con relación al tipo de harinas que consume 43,01% de los pacientes consumen alimentos derivados del trigo, granos y almidones.

¹²¹ ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. Guía de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles: servicios de salud. [en línea]. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/Guia%20Breve%20de%20Diabetes.pdf>>

¹²² *Ibíd.*

¹²³ TABLA DE ALIMENTOS PARA DIABÉTICOS. [en línea]. Escrito por Administrator en Diabéticos, Hacer dieta, Tabla de alimentos para diabéticos. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en: <<http://www.hacerdieta.com/category/diabeticos/tabla-de-alimentos-para-diabeticos/>>

Tabla 5. Mantenimiento en el consumo de frutas y verduras

Consumo de frutas		N	%
Si		89	95,69
No		4	4,31
Consumo de frutas dulces		N	%
Si		76	81,72
No		17	18,28
Frecuencia en el consumo de Frutas			
Nunca		17	18,28
Diario		44	47,31
Cada dos días		13	13,98
Cada tres días		12	12,90
Semanal o mas		7	7,53
Porciones de frutas dulces que consume			
Ninguna		17	18,28
1 Porción		53	56,99
2 Porciones		15	16,13
3 Porciones o mas		8	8,60
Consumo de Verduras			
Si		87	93,55
No		6	6,45
Frecuencia en el consumo de verduras			
Nunca		6	6,45
Diario		45	48,39
Cada dos días		24	25,81
Cada tres días		11	11,83
Semanal o mas		7	7,53
Porciones de verduras que consume			
Ninguna porción		6	6,45
1 Porción		81	87,10
2 Porciones		4	4,30
3 Porciones o mas		2	2,15

De acuerdo con la tabla 5, se observa que 95,69% consumen frutas, 47,31% diariamente; y 56,99% consume una porción al día. También, 81,72% manifestó consumir frutas dulces; esta práctica es inadecuada, a pesar de que las frutas contienen fibra, vitaminas y minerales, también contienen azúcares que se deben

tener en cuenta en la dieta del paciente¹²⁴, dado que el consumo de alimentos dulces puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular¹²⁵.

Por otro lado, 93,55% consumen verduras en la dieta, 48,39% las consumen diariamente y 87,10% consume una porción al día. Estas son consideradas prácticas favorables, ya que las verduras y hortalizas son importantes para la disponibilidad de fibra dietética, uno de los factores importantes en la prevención y control de la diabetes mellitus.¹²⁶

¹²⁴ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Mitos sobre la diabetes. [en línea]. Home, Información en Español, Lo básico sobre la diabetes. Octubre, 2013. [citado 17 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/mitos-sobre-la-diabetes.html>>

¹²⁵ DURÁN Agüero E, *et al.* Alimentación y diabetes. [en línea]. Docente Carrera de Nutrición y Dietética. Facultad de Salud. Universidad Autónoma de Chile. Nutr. Hosp. ISSN 0212-1611. 2012. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/10_revision09.pdf>

¹²⁶ MARTÍNEZ Marisela y SÁNCHEZ María de los Remedios. Importancia de algunas frutas, verduras y hortalizas en la prevención de la diabetes mellitus tipo II. [en línea]. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://ride.org.mx/docs/publicaciones/11/salud/H05.pdf>>

Tabla 6. Mantenimiento en el consumo de alimentos grasos

Consumo de alimentos fritos	N	%
Si	68	73,12
No	25	26,88
Frecuencia en el consumo de Fritos		
Nunca	25	26,88
Diario	8	8,60
Cada dos días	16	17,20
Cada tres días	17	18,28
Semanal o mas	27	29,03
Porciones de alimentos Fritos que consume		
Ninguna	25	26,88
1 Porción	59	63,44
2 Porciones	7	7,53
3 Porciones o mas	2	2,15
Consumo de alimentos lácteos		
Si	64	68,82
No	29	31,18
Frecuencia en el consumo de Lácteos		
Nunca	29	31,18
Diario	41	44,09
Cada dos días	7	7,53
Cada tres días	6	6,45
Semanal o mas	10	10,75
Porciones de Lácteos que consume		
Ninguna	29	31,18
1 Porción	50	53,76
2 Porciones	12	12,90
3 Porciones o mas	2	2,15
Consumo de mantequilla		
Si	8	8,60
No	85	91,40

Respecto a la tabla 6, en relación al consumo de grasas, 73,12% consumen alimentos fritos; 44,08% los consumen al menos dos veces por semana y 63,44% consumen una porción. En cuanto al consumo de alimentos lácteos 68,82% refieren consumirlos; 44,09% diariamente y 53,76% una porción. Lo anterior, representa un factor de riesgo en estos pacientes, por lo tanto deben limitar el consumo de grasas saturada reduciendo el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares.¹²⁷ El alto consumo de alimentos grasos aumenta los niveles de

¹²⁷ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Fats. [On line]. Home, Food and Fitness, Food, What Can I Eat. [citado 19 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.diabetes.org/food-and-fitness/food/what-can-i-eat/fat-and-diabetes.html>>

colesterol en sangre¹²⁸, lo cual ha demostrado reducir la sensibilidad a la insulina¹²⁹, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares¹³⁰.

7.2.2 La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo

Tabla 7. Realización de actividad física

Frecuencia de realización de actividad física	N	%
Diaria	47	50,54
3 a la Semanas	10	10,75
2 a la semana	6	6,45
1 a la semana	2	2,15
1 al Mes	3	3,23
2 al Mes	1	1,08
Nunca	24	25,81
Tipo de actividad física que realiza		
Ninguna	24	25,81
Caminar	57	61,29
Gimnasia/Aeróbicos	4	4,30
Ciclismo	3	3,23
Trabajo	5	5,38
Tiempo dedicado a la realización de actividad física		
Ninguna	24	25,81
Menos de 30 minutos	16	17,20
30 minutos a 1 hora	35	37,63
1 a 2 horas	10	10,75
Más de 2 horas	8	8,60

Teniendo en cuenta la tabla anterior, 25,81% de los pacientes no realiza ningún tipo de actividad física, esta es un pilar fundamental en el tratamiento de la

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ DURÁN Agüero E, et al. Alimentación y diabetes. [en línea]. Docente Carrera de Nutrición y Dietética. Facultad de Salud. Universidad Autónoma de Chile. Nutr. Hosp. ISSN 0212-1611. 2012. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/10_revision09.pdf>

¹³⁰ ASCHNER Pablo. Asociación latinoamericana de diabetes. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [en línea]. Colombia. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>>.

diabetes mellitus, de manera que la ausencia de actividad física se convierte en una limitante para el manejo de la enfermedad.¹³¹

En ese mismo sentido, 61,29% realiza como actividad física: caminar. En cuanto a la frecuencia, 50,54% manifestó hacerlo diariamente; 56,98% le dedica mínimo 30 minutos a esta actividad. Esta práctica es considerada importante, como mecanismo que contribuye a mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros normales¹³²; y retrasar la aparición de enfermedades cardiovasculares.¹³³

Tabla 8. Sueño y descanso

Que ayudas Utiliza para dormir	n	%
Ninguna	81	87,10
Medicamentos	9	9,68
Remedios / Medidas Caseros	3	3,23
Cuántas Horas duerme		
Menos de 5 horas	3	3,23
De 5 a 8 horas	50	53,76
De 9 a 12 horas	39	41,94
Más de 12 horas	1	1,08
Frecuencia con que se siente descansado al levantarse		
Siempre	66	70,97
Algunas Veces	17	18,28
Nunca	10	10,75

Según la tabla 8, 9,68% de los pacientes manifestó utilizar algún medicamento como ayuda para dormir, y 3,23% realiza medidas caseras para hacerlo; asimismo, 3,23% duerme menos de 5 horas y 29,03% afirmó no sentirse descansado diariamente cuando se levanta. Esto se puede relacionar con los cambios biológicos propios del envejecimiento en el ser humano, que tienden a reducir la intensidad, duración y continuidad del sueño¹³⁴; constituyendo un factor

¹³¹ GARCIA J, Alba, *et al.* Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Revista Médica Del IMSS [En línea]. Citado el 21 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e9d0d839-42a6-4109-b6a1-1df391a6805c%40sessionmgr4002&vid=7&hid=4101>>

¹³² EEUU. ASOCIACION AMERICA DE DIABETES. Información en Español: Actividad física. [En línea]. Citado el 25 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.diabetes.org/espanol/padres-y-jovenes/bienvenido-a-la-zona-juvenil/ejercicio-fisico/>>

¹³³ GARCIA J, Alba, *et al.* Op, cit.

de riesgo para el agravamiento de la enfermedad, puesto que las alteraciones del sueño en los pacientes diabéticos, pueden interferir en el control metabólico a través del síndrome de la resistencia a la insulina.¹³⁵

7.2.3 El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social

Tabla 9. Red de apoyo

Con quien Vive	N	%
Solo(a)	6	6,45
Esposo(a) / Compañero(a)	9	9,68
Hijo (s)	41	44,09
Esposo(a) y Hijos(as)	23	24,73
Familiar	4	4,30
Amigos/Vecinos	2	2,15
Padres y/o Hermanos	3	3,23
Padres y/o Hijos	5	5,38
Persona que más lo apoya cuando lo necesita		
Nadie	4	4,30
Esposo(a) / Compañero(a)	13	13,98
Hijo(s)	59	63,44
Esposo(a) y Hijos(as)	6	6,45
Familiar	7	7,53
Amigos/Vecinos	1	1,08
Padres	3	3,23
Tipo de apoyo que le brinda		
Ninguno	6	6,45
Económico	11	11,83
Compañía	9	9,68
Interés en salud	5	5,38
Económico y Compañía	16	17,20
Económico e Interés en salud	16	17,20
Compañía e Interés en salud	14	15,05
Económico, compañía e Interés en salud	16	17,20

¹³⁴ FERNÁNDEZ CONDE, A y VÁZQUEZ SÁNCHEZ, E. El sueño en el anciano. Atención de enfermería. [En línea]. Citado el 23 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>>

¹³⁵ CUNHA, María Carolina Belo da; *et al.* Calidad del sueño en diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermería* [en línea]. 2008, vol.16, n.5 [citado el 11.28.2013], pp 850-855. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500009&lng=en&nrm=iso>.

Con base en la tabla 9, 78,49% de los pacientes viven con algún miembro de su familia nuclear y 83,87% de los pacientes manifestaron que quienes los apoyan cuando lo necesita, son los miembros de esta familia. En cuanto al tipo de apoyo brindado, 11,83% manifiestan recibir apoyo económico; 9,68% compañía; y 5,38% interés por su salud por parte de su red de apoyo. De igual forma, 49,45% manifestó tener dos de estos tipos de apoyo; y 17,20% tener los tres. Cabe resaltar que 6,45% de los pacientes no cuentan con ningún tipo de apoyo por parte de su familia, el cual es esencial para el cumplimiento al tratamiento de la enfermedad, puesto que las personas que cuentan con un apoyo e interés por parte de sus familiares han mostrado mejores resultados en la adherencia al tratamiento.¹³⁶

7.2.4 La promoción del funcionamiento y el desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal

Tabla 10. Motivos para solicitar atención

Motivos para solicitar atención en la ESE aparte de los controles de DM2	n	%
No solicita atención	38	40,86
Solo cuando se enferma	36	38,71
Toma de exámenes	5	5,38
Control de otras patologías	14	15,05

En la tabla 10 se observa que 40,86% manifestó no solicitar atención adicional a los controles de la diabetes; y 38,71% hacerlo solo cuando se sienten enfermas. Cabe agregar que 15,05% asiste a controles asociados a otras patologías por lo que es necesario promover acciones de promoción de la salud para el diagnóstico oportuno de enfermedades afines¹³⁷.

¹³⁶ EUSKO JAURLARITZA. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Información farmacoterapéutica de la comarca. [en línea]. Volumen 19, Nº 1, 2011. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf>.

¹³⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. [En línea]. Citado el 24 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/portal/UserFiles/File/evaluacion/guia%20de%20adulto%20mayor.pdf>>.

7.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

7.3.1 Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración

Tabla 11. Control del peso

Conoce Su peso	n	%
Si	77	82,80
No	16	17,20
Frecuencia con la que mide el peso		
No recuerda	2	2,15
Ocasional	4	4,30
En los controles	87	93,55

En referencia a la a tabla 11, 82,80 % de los pacientes saben su peso actual y 93,55% se pesan solamente en los controles de la diabetes. La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud¹³⁸. Por esto, conocer el peso corporal es importante ya que la pérdida de peso es recomendada para toda persona que tenga diabetes, así, el paciente debe tener registros de su peso corporal que incluyan peso usual, peso actual, peso máximo, pérdida reciente de peso, magnitud y tiempo de pérdida de peso.¹³⁹

¹³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas en salud: Obesidad. [En línea]. [citado 18 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.who.int/topics/obesity/es/>>

¹³⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 23 noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17pdf>>.

Tabla 12. Eliminación de actividades Nocivas

Fuma	n	%
Si	3	3,23
No	90	96,77
Consume Bebidas Alcohólicas		
Si	11	11,83
No	82	88,17
Tipo de bebidas que consume		
Ninguna bebida alcohólica	82	88,17
Cerveza	6	6,45
Whisky	2	2,15
Cerveza y aguardiente	2	2,15
Aguardiente y Whisky	1	1,08
Frecuencia en el Consumo de Bebidas Alcohólicas		
No consume	82	88,17
Ocasional	3	3,23
Semestral	5	5,38
Anual	3	3,23

Con relación a la tabla 12, 3,23% de los pacientes entrevistados afirmaron tener el hábito de fumar; siendo esto inadecuado puesto que el consumo de tabaco entre personas con diabetes está asociado con el aumento del riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y efectos negativos sobre el metabolismo de la glucosa y los lípidos, conllevando al deterioro del control metabólico en la diabetes.¹⁴⁰

Igualmente, 11,83% manifestó consumir algún tipo de bebida alcohólica, dentro de las cuales la más frecuente es el consumo de cerveza con 6,45%. De igual forma en la frecuencia de consumo, 3,23% las consumen de forma ocasional; 5,38% con semestralmente y 3,23% anual. La ingestión nociva de alcohol es un factor determinante en la aparición de enfermedades cardiovasculares¹⁴¹; Igualmente, el consumo de alcohol se ha asociado a la falta de adherencia a las conductas de autocuidado en los pacientes diabéticos¹⁴².

¹⁴⁰ ELIASSON, Björn. Los efectos del tabaco sobre las complicaciones diabéticas. [En línea]. [Citado 18 de noviembre 2013]. Disponible en Internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_37_es.pdf#page=29>

¹⁴¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas en salud: Obesidad. [En línea]. Citado el 18 de noviembre del 2013. Disponible en internet <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>>

¹⁴²DURAN AGUERO, S.; *et al.* Alimentación y diabetes. Nutr. Hosp. [online]. 2012, vol.27, n.4 [citado 2013-12-01], pp. 1031-1036. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010&lng=es&nrm=iso>.

7.3.2 Prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones

Tabla 13 Manejo del estrés.

Situaciones que le generan estrés en su vida	n	%
Ninguna	16	17,20
Familiares	26	27,96
Económicas	29	31,18
Emocionales y sentimentales	13	13,98
Muerte	2	2,15
Enfermedad	7	7,53
Acciones para disminuir el estrés		
Nada le produce estrés	16	17,20
No realiza ninguna actividad	13	13,98
Relajarse	55	59,14
Mecanismos de Afrontamiento	5	5,38
Medicamentos	4	4,30

Según la tabla anterior, 82,80 % de los encuestados, manifestó tener situaciones estresoras en su vida, 31,18% se asocia a la situación económica y 27,96% a los problemas familiares; la acción más utilizada para disminuir el estrés es la relajación con 59,14%. Por su parte, 13,98% afirmó no hacer nada para disminuir el estrés, generando un factor de riesgo dado que este puede interferir en el cuidado de la diabetes debido a sus efectos negativos sobre la salud y al incremento de complicaciones, si no se aplican adecuadamente los estilos de afrontamiento y adaptación¹⁴³.

¹⁴³ VERAMENDI VILLAVICENCIOS, Nancy. Estrés percibido y adaptación biopsicosocial en pacientes con diabetes tipo 2-hospital ii essalud huánuco - 2008. [En línea]. [Citado el 27 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.unheval.edu.pe/enfermeria/images/descarga/UNHEVAL-investigacion2.pdf#page=7>>

7.4 REQUISITO DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Tabla 14. Tiempo de diagnostico

Hace cuánto le diagnosticaron la diabetes	N	%
Menos de un Año	1	1,08
Entre 1 y 5 años	36	38,71
Entre 6 y 10 Años	18	19,35
Más de 10 Años	30	32,26
No Recuerda	8	8,60

La duración del tratamiento influye en la adherencia del mismo¹⁴⁴; Como se observa en la tabla 14, los intervalos relacionados con el tiempo de diagnóstico de los pacientes con mayor frecuencia, son de 1 y 5 años 38,71%, y más de 10 años 32,26%, mostrando que en la población hay pacientes con diferentes tiempos de duración en el tratamiento y manejo de la enfermedad; que puede influir en la adherencia al tratamiento.¹⁴⁵

¹⁴⁴ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Información farmacoterapéutica de la comarca. [en línea]. Volumen 19, Nº 1, 2011. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>>.

¹⁴⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas de acción. [En línea]. [Citado el 18 de noviembre del 2013]. Disponible en internet <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=>

7.4.1 Cuidados específicos para prevenir la aparición de complicaciones periodontales y el pie diabético

Tabla 15. Cuidados de la Boca

Frecuencia de revisión de la boca	N	%
Nunca	24	25,81
Diaria	60	64,52
Semanal	3	3,23
Ocasional	6	6,45
Número de veces que se cepilla al día		
Ninguna	3	3,23
1 vez al día	14	15,05
2 veces al día	37	39,78
3 o más veces al día	39	41,94
Frecuencia del cambio del cepillo dental		
No usa cepillo	3	3,23
Cada mes	37	39,78
Cada 3 meses	34	36,56
Cada 6 meses	11	11,83
Cada año	6	6,45
Cuando es necesario	2	2,15
Cada cuanto visita al odontólogo		
Nunca	62	66,67
Semestral	10	10,75
Anual	7	7,53
Urgencias	14	15,05

De acuerdo con la tabla anterior, el 64,52% afirmó revisar su boca diariamente, mientras que 25,81% no la realiza nunca, lo que resulta inadecuado debido a que los pacientes diabéticos deben cuidarse los dientes y las encías todos los días para evitar la aparición de infecciones¹⁴⁶. Respecto al cepillado de los dientes, 81,72% lo realiza al menos dos veces al día; y 3,23% no utiliza cepillo de dientes, predisponiendo la aparición de enfermedades de las encías y la pérdida de los dientes¹⁴⁷. Adicionalmente, 76,34% cambia su cepillo dental cada tres meses o menos.

¹⁴⁶ EEUU. NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. Controle su diabetes: Guía para el cuidado de su salud. [En línea]. [Citado el 18 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/controle.pdf>>

¹⁴⁷ Ibid.

Por otra parte, 10,75% visita al odontólogo cada 6 meses, en contraste con 66,67% que no visita nunca al odontólogo, lo cual representa un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades periodontales, debido a que es importante que las personas con diabetes se realicen revisiones odontológicas al menos cada 6 meses con el fin de diagnosticar la posible presencia de estas afecciones.¹⁴⁸

Tabla 16. Cuidado de los pies

Frecuencia de revisión de los pies	n	%
Diaria	69	74,19
Semanal	7	7,53
Mensual	11	11,83
Ninguna	6	6,45
Secado los pies después de bañarse		
Si	81	87,10
No	12	12,90
Forma de corte de las uñas de los pies		
Redonda	57	61,29
Recta	36	38,71
Tipo de calzado que acostumbra a utilizar		
Cerrado	28	30,11
Abierto	45	48,39
Ambos	20	21,51
Tipo de calzado que utiliza para realizar actividad física		
Cerrado	41	44,09
Abierto	28	30,11
No realiza actividad física	24	25,81

Como se observa en la tabla 16, 74,19% revisan el estado de sus pies diariamente; sin embargo llama la atención que 6,45% de los encuestados refieren nunca revisarse los pies, siendo esta práctica indebida, dado que su inspección diaria es clave para detectar riesgo de lesiones o infecciones en los pies¹⁴⁹. Del mismo modo, 12,90% de las personas manifiesta no secarse los pies después de bañarse, algo inadecuado, puesto que se recomienda el secado diario, particularmente entre los dedos después del baño¹⁵⁰. El 61,29% manifiesta

¹⁴⁸ GILLIS, Martin y cols. Y Saxon, Steven. La odontología en el control y el diagnóstico de la diabetes. [En línea]. [Citado el 19 de noviembre del 2013]. Disponible en Internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_32_es.pdf>

¹⁴⁹ CASTELLS PONS, Alba *et al.* BAYER DIABETES CARE. [En Línea]. Citado el 22 de noviembre de 2013. Disponible en Internet: <<http://www.diabetes.bayer.es/html/documents/pie.pdf>>

¹⁵⁰ *Ibid.*

cortarse las uñas de los pies en forma redonda, lo cual es un factor de riesgo para estos pacientes, puesto que estas, se deben cortar sin darles forma curva y evitando el corte de las esquinas para evitar lesiones¹⁵¹.

Por último, el 48,39% de los entrevistados utilizan zapatos abiertos durante el día y el 30,11% de los pacientes acostumbran a utilizarlos para realizar actividad física. Estas prácticas son perjudiciales, dado que lo recomendado en el paciente diabético es el uso de calzado cerrado y ajustado, evitando caminar descalzos y usar zapatos abiertos, previniendo la aparición de heridas que puedan ocasionar complicaciones en el pie¹⁵².

7.4.2 Cumplimiento con el tratamiento para el manejo de la enfermedad

Tabla 17. Cumplimiento con las recomendaciones por personal de salud

Consumo de medicamentos a la hora y dosis formulada		
Si	76	81,72
No	15	16,13
No consume Medicamentos	2	2,15
Asistencia a todos los controles en este año		
Si	71	76,34
No	22	23,66
Cumplimiento con una dieta recomendada		
Si	48	51,61
No	45	48,39
Cumplimiento con la realización de actividad física recomendada		
Si	59	63,44
No	34	36,56
Cumplimiento con las recomendaciones dadas en el consumo de medicamentos		
Si	83	89,25
No	8	8,60
No consume Medicamentos	2	2,15

¹⁵¹ EEUU. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Cuidado del pie diabético (Care of the Diabetic Foot). [En línea]. Citado el 22 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00698>>

¹⁵² EL PIE DIABÉTICO. PREVENCIÓN Y VALORACIÓN Enfermeras a domicilio. [En línea]. Citado el 25 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.enfermeras-domicilio.com/el-pie-diabetico-prevencion-y-valoracion/#sthash.WfQ1oxpb.dpuf_>

Con referencia a la tabla 17, 16,13% de los pacientes manifestó no consumir los medicamentos a la hora y dosis formulada; 23,66% no asiste a todos los controles programados; y 48,39% no cumple las recomendaciones dadas por el personal de salud con respecto a la alimentación adecuada. Adicionalmente, 36,56% de los entrevistados no realiza la actividad física recomendada; y 8,60% no cumple con las recomendaciones dado en el consumo de los medicamentos para el manejo de su enfermedad.

Todo lo anterior, evidencia un déficit en el cumplimiento del tratamiento, lo que podría empeorar la enfermedad, incrementar morbilidad, disminuir la calidad de vida, la necesidad de administrar otros tratamientos y aumentar el consumo de recursos sociosanitarios.¹⁵³

7.4.3 Interacción adecuada Paciente- Servicios de salud como motivación para el cumplimiento del tratamiento

Tabla 18. Interacción adecuada Paciente- Servicios de salud

Satisfacción con el personal que lo atiende en los controles	n	%
Enfermería, Medicina, Farmacia, asignación Citas	81	87,10
Insatisfacción con alguno de ellos	12	12,90
La atención recibida lo motiva cuidarse		
Si	91	97,85
No	2	2,15
Razones manifestadas para autocuidarse		
Mejorar la Salud	49	52,69
Deseo de Vivir	6	6,45
Educación recibida en Los controles	32	34,41
No sabe / No responde	5	5,38

Teniendo en cuenta la tabla 18, 87,10% de los pacientes asegura sentirse satisfecho con la atención recibida los controles; asimismo, 97,85% manifiesta que dicha atención los motiva a cuidar de sí mismos, 52,69% argumenta que las razones más frecuentes son: el deseo de mejorar la salud y 34,41% la educación recibida en los controles.

Es evidente entonces que la relación de los pacientes con el personal de salud que los atienden es positiva, siendo favorable, puesto que la calidad de la relación

¹⁵³ PFIZER. FORO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. [En línea]. [Citado 26 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf>

entre los pacientes y los prestadores de la atención, mejora la adherencia a los tratamientos. De igual modo, la buena comunicación entre el paciente y quien lo atiende se ha relacionado con una mejor adherencia¹⁵⁴.

7.4.4 Conocimientos necesarios para un adecuado manejo de la enfermedad

Tabla 19. Conocimientos de la enfermedad

Fuente de Información	N	%
Nadie	15	16,13
Personal de salud	58	62,37
Medios de Comunicación /Literatura	4	4,30
Farmacia	3	3,23
Familiar	10	10,75
Amigos/Vecinos	2	2,15
Conoce los medicamentos que consume		
Si	42	45,16
No	49	52,69
Razones que generan hiperglucemia		
No sabe/No responde	18	19,35
Incumplimiento en la Dieta recomendada	43	46,24
Incumplimiento con el tratamiento Farmacológico	1	1,08
Emociones / Estrés	5	5,38
Incumplimiento en la Dieta recomendada y Emociones – estrés	20	21,51
Bebidas alcohólicas	1	1,08
Insuficiencia pancreática / falta de Insulina	4	4,30
Razones que generan hipoglicemia		
No sabe/no responde	74	79,57
Déficit de consumo de dulce y harinas	11	11,83
Sobredosis de Medicamentos	6	6,45
Poca Ingesta de dulces-harinas y sobredosis de medicamentos	1	1,08
Acciones cuando presenta Hiperglicemia		
No ha presentado Hiperglicemia	30	32,26
Ir al medico	12	12,90
Toma de Medicamentos	17	18,28
Remedios / medidas caseras	17	18,28

¹⁵⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas de acción. [En línea]. Citado el 18 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=>

Controlarse en las comidas	5	5,38
Tomarse los medicamentos y remedios/medidas caseras	6	6,45
No hace nada cuando tiene Hiperglicemia	5	5,38
Acciones cuando presenta Hipoglicemia		
Nunca	51	54,84
Come Dulces y harinas	22	23,66
Toma de Medicamentos	3	3,23
Remedios y Medidas Caseras	7	7,53
Ir al medico	4	4,30
No realiza ninguna acción cuando presenta Hipoglicemia	5	5,38
Conocimiento de las complicaciones de la diabetes		
No sabe las complicaciones	33	35,48
Cardiopatías	12	12,90
Retinopatías	5	5,38
Nefropatías	10	10,75
ACV	7	7,53
Vasculopatías y Neuropatías	9	9,68
Nefropatías y Cardiopatía	4	4,30
Nefropatías y retinopatías	12	12,90
Cuidados con los medicamentos que consume		
No sabe	26	27,96
Almacenamiento adecuado	9	9,68
Tomárselos con agua	5	5,38
Tomar los medicamentos adecuados	2	2,15
Tomar los medicamentos a la hora y dosis formulada	38	40,86
Técnica aséptica en la toma de medicamentos	3	3,23
Almacenamiento adecuado y toma de los medicamentos a la hora y dosis formulada	7	7,53
No consume medicamentos	2	2,15

Según la tabla 19, 16,13% afirmaron no preguntarle a nadie acerca de la enfermedad ni de los medicamentos que consume, siendo esto inadecuado debido a que la educación brindada a los pacientes diabéticos ayuda a las personas a desarrollar destrezas para el autocuidado, además mejora los resultados clínicos, puede llegar a generar cambios permanentes en la práctica¹⁵⁵; por su parte el 62,37% de los pacientes acuden al personal de salud en búsqueda de información.

El 52,69% de los pacientes no conoce el nombre de los medicamentos que consume, 19,35% no sabe las causas que ocasionan la hiperglicemia y 79,57% desconoce las causas generadoras de hipoglicemia. Además, 35,48% de los

¹⁵⁵ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Diabetes Voice Perspectivas mundiales de la diabetes: Educación para la diabetes. [En línea]. [Citado el 28 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_53_es.pdf>

encuestados no identifica las complicaciones de la diabetes. En cuanto a la medicación 40,8% manifestaron como principal cuidado tomárselos a la hora y dosis formulada y 27,96% afirmo no conocer ningún cuidado con los medicamentos que consume.

Hechas las observaciones anteriores, se puede evidenciar un déficit significativo de conocimientos en los pacientes, lo que puede ser perjudicial, dado que el nivel de conocimiento que posee el paciente predetermina la limitación en el autocuidado, restándole inclinación al aspecto preventivo.¹⁵⁶

Por otro lado, las acciones realizadas por los pacientes para el manejo de la hiperglicemia son: tomarse los medicamentos 18,28%; realizar remedios o medidas caseras 18,28% y asistir al médico 12,90%. Por ultimo, 23,66%, manifiestan consumir dulces y harinas cuando presentan episodios de hipoglicemia; es de resaltar que 5,38% de los pacientes no realiza ninguna acción cuando tienen cambios en sus niveles de glicemia, siendo más propensos de sufrir complicaciones^{157 158}.

¹⁵⁶ CABRERA-MORÓN, Rommy et all. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha û EsSalud 2009. [En línea]. Citado el 22 de noviembre del 2013. Disponible en internet <<<http://bases.bireme.br/cgi-in/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605420&indexSearch=ID>>>

¹⁵⁷ EEUU. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. [En línea]. Citado el 22 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/hypoglycemia/Hypoglycemia_SP_508.pdf>

¹⁵⁸ EEUU. ASOCIACION AMERICA DE DIABETES. Información en Español: Hiperglicemia (glucosa alta). [En línea]. Citado el 25 de noviembre del 2013. Disponible en Internet <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/afecciones-y-tratamiento/hiperglicemia.html>>

8. ANALISIS Y DISCUSION

En la población de estudio se encontraron las siguientes características sociodemográficas: el promedio de la edad de los usuarios fue de 65,8 años, según Gack el promedio de edad de los pacientes diabéticos reportado fue 62 años¹⁵⁹. Además, la Federación Internacional de Diabetes afirma que la aparición de la enfermedad suele producirse con más frecuencia en personas de mediana edad y/o ancianas¹⁶⁰.

74% de los pacientes pertenecen al sexo femenino; en lo cual coincide el estudio de Compean, quien confirma el predominio del sexo femenino con 74,5%¹⁶¹; adicionalmente, en el perfil epidemiológico de Neiva se observa una mayor proporción de este género¹⁶².

En relación con el estado civil el 61,3% de los pacientes no tiene ningún tipo de unión conyugal. Estos datos son cercanos con el estudio de Alvarado, en donde el porcentaje de pacientes sin ningún tipo de unión conyugal fue de 60,7%¹⁶³; convirtiéndose en un factor de riesgo para el incumplimiento con el tratamiento ya que existen pruebas sustanciales de que el apoyo de los compañeros de los pacientes puede mejorar la adherencia terapéutica y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los procesos crónicos.¹⁶⁴

¹⁵⁹ GACK GHELMAN, L. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75111/72871>>

¹⁶⁰ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES 2011 – 2021. [En línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>>

¹⁶¹ COMPEÁN ORTIZ Lidia Guadalupe, et al. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem Jul.-ago. 2010. [citado 10 de jun, 2012]. Disponible en internet:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf>.

¹⁶² COLOMBIA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Perfil Epidemiológico Neiva 2010. Citado el 20 de noviembre del 2013. Pag 34.

¹⁶³ ALVARADO VIMOS, Cristhian y SANCHEZ SUAREZ, Cristhian. Autocuidado de pacientes diabéticos del club “dulce vida”, hospital naval de Guayaquil, noviembre 2009 a mayo del 2010. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/10%20AUTOCUIDADO%20DE%20PACIENTES%20DIABETICOS%20DEL%20CLUB%20DULCE%20VIDA.pdf>>

¹⁶⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas de acción. [En línea]. Citado el 18 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=>

64,51% de los pacientes trabajan en el hogar, similar con lo documentado por Rosello que constato que el 79,1% de los diabéticos eran amas de casa¹⁶⁵. Esto es favorable dado que la ocupación se encuentra como uno de los factores predominantes limitantes para el cumplimiento de las medidas de autocuidado;¹⁶⁶ por lo cual al estar en el hogar pueden disponer de mayor de tiempo y autonomía para la adopción de prácticas de autocuidado relacionadas con la dieta adecuada y el cuidado integral de la salud.

79,57% tiene ingresos mensuales inferiores a 1 salario mínimo; en un estudio realizado en Perú por Hidalgo, encontró que 85% tienen ingresos inferiores al salario mínimo,¹⁶⁷ en Colombia Contreras determino que 88.80% tenían ingresos mensuales en la familia menores del mínimo¹⁶⁸, Esta limitante de los recursos económicos puede ser una barrera para la adopción de prácticas de autocuidado.

El estrato socioeconómico dos fue mayor con 76,34%, y el estrato uno con un 23,66% cifras acordes con Contreras quien hallo que 62.96% pertenecían al estrato dos, y 29.63% al estrato 1¹⁶⁹; de igual manera Herrera encontró que el 88,9% pertenecía al estrato 1 y 2¹⁷⁰, situación que concuerda con la estimación esperada para la atención de personas en el primer nivel de atención del sistema de salud en la red pública.¹⁷¹

40,86% cuenta con educación básica primaria completa; y 8,60% no tiene ningún nivel de educación, los hallazgos de Hidalgo en Perú, el 37% tienen educación primaria y 22,22% no tienen ninguna¹⁷². De igual forma en Colombia Contreras

¹⁶⁵ ROSELLO-ARAYA, Marlene. Prevalencia de diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa y diabetes provisional en El Guarco, Cartago. Rev. costarric. cienc. méd [online]. 2003, vol.24, n.1-2 [citado 2013-12-01], pp. 15-24. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482003000100002&lng=es&nrm=iso>.

¹⁶⁶ HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2005. [en línea]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina Humana. e.a.p. de enfermería. 2005. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/hidalgo_ce/pdf/hidalgo_ce.pdf>

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ CONTRERAS OROZCO, Astrid et al. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investig. andina [online]. 2013, vol.15, n.26 [cited 2013-12-01], pp. 667-678 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462013000100005&lng=en&nrm=iso>.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ HERRERA LÍAN Arleth, et al. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. [en línea]. Revista Avances en Enfermería. 2012. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079>>

¹⁷¹ Méndez V, Becerril V, Morales M, Pérez VM. Autocuidado de las adultas mayores con Diabetes Mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Rev. Ciencia y Enfermería [en línea] 2.010 [acceso 17 de Julio de 2011]; 16 (3):103 - 109. Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_11.pdf>

¹⁷² HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Op. Cit.

documento que el 47% tenía primaria y el 10% ninguna¹⁷³. Lo anterior representa una variable que influye en la efectividad de la educación brindada por el personal de salud, puesto que se ha demostrado que las personas que tienen un mayor número de años de educación formal tienden a presentar mayor conocimiento y habilidades para el cuidado en salud.¹⁷⁴

19,35% de los pacientes no consumen sal, resultado distinto al de Restrepo quien constato que un 81% no adicionan sal a sus alimentos¹⁷⁵. Sin embargo, el 80,65% consumen alimentos con alguna cantidad de sal, lo que es negativo debido a que en los pacientes diabéticos, el restringir la ingesta de sal o no agregar sal a las comidas es lo más adecuado¹⁷⁶.

50,54% ingiere bebidas sin adicionarle azúcar, esto es acorde con lo encontrado por Méndez quien afirma que los adultos mayores han comprendido en gran medida la importancia de disminuir el consumo de azúcar¹⁷⁷. Por otro lado, llama la atención que el 49,46% consumen azúcar en sus bebidas, lo cual es inapropiado para el control de la enfermedad, ya que se ha demostrado que la modificación de componentes de la dieta en pacientes con diabetes, incluyendo la reducción en el consumo de azúcares, contribuye a generar resultados beneficiosos en cuanto al cumplimiento del tratamiento de la enfermedad¹⁷⁸.

95,69% consumen frutas y un 47,31% de forma diariamente. Esta información es cercana a la hallada por diversos autores como De Luis en su estudio encontró que 96% de la población estudiada consumía frutas diariamente¹⁷⁹; e Hidalgo

¹⁷³ CONTRERAS OROZCO, Astrid et al. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelajo, Colombia. Op. cit

¹⁷⁴ ROMERO BAQUEDANO Irasema, et al. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov.-Dic. 2010. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf>.

¹⁷⁵ RESTREPO M, Sandra Lucia et al. LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS PROTECTORES Y DETERIORANTES EN SALUD. Rev. chil. nutr. [online]. 2006, vol.33, n.3 [citado 2013-12-01], pp. 500-510 . Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es&nrm=iso>.

¹⁷⁶ ASCHNER Pablo. Asociación latinoamericana de diabetes. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [en línea]. Colombia. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>>.

¹⁷⁷ QUIROS-MORALES, Diego y VILLALOBOS-PEREZ, Alfonso. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de costa rica. Univ. Psychol. [En línea]. 2007, vol.6, n.3 [citado el 2013-12-01], pp. 679-688. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300017&lng=en&nrm=iso>.

¹⁷⁸ MENDEZ SALAZAR, Vianey *et al.* Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet << >>

¹⁷⁹ DE LUIS ROMAN, D. *et al* Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1.500 calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3231.pdf>>

evidencio que el 87% consumen frutas¹⁸⁰. Cabe resaltar, que el 81,72% consumen frutas dulces; siendo esto inadecuado ya que aunque las frutas contienen gran cantidad de vitaminas y minerales, al igual que fitonutrientes, no todas son beneficiosas debido a su alto contenido de azúcar, y por eso en estos casos su consumo debe ser de moderado a bajo.¹⁸¹

Por otro lado, 93,55% consumen verduras en la dieta, y 48,39% con una frecuencia diaria, datos similares a los encontrados por de Luis e Hidalgo donde el 83%¹⁸² y el 86%¹⁸³ respectivamente consumen verduras de forma diaria. Esto es efectivo porque aportan a la dieta de las personas con diabetes fibra, la cual es beneficiosa por disminuir la velocidad de absorción de los hidratos de carbono de los alimentos ingeridos, evitando elevaciones bruscas del nivel de glucosa en sangre después de comer¹⁸⁴.

73,12% consumen alimentos fritos y 68,82% alimentos lácteos, Cabrera sostiene que 93% de la población consume calorías procedentes de grasas saturadas¹⁸⁵. Esto es perjudicial para la conservación y mantenimiento de la salud teniendo en cuenta que el alto consumo de colesterol y grasa saturada está relacionado con el incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares¹⁸⁶.

74,19% realiza actividad física, y el 61,29% manifiesta caminar como parte de este tipo de actividad. Estas cifras concuerdan con lo encontrado por Hidalgo donde el

¹⁸⁰HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2005. [en línea]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina Humana. e.a.p. de enfermería. 2005. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf>

¹⁸¹ FRUTAS PARA DIABÉTICOS. Variedad Saludable De Frutas Para Diabéticos. [en línea]. [citado 12 de Diciembre de 2012]. Disponible en internet: <<http://frutasparadiabeticos.org/>>

¹⁸² DE LUIS ROMAN, D. *et al* Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1.500 calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3231.pdf>

¹⁸³ HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2005. [en línea]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina Humana. e.a.p. de enfermería. 2005. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf>

¹⁸⁴ FUNDACION EROSKI. La fibra es beneficiosa para las personas con diabetes. [en línea]. [citado 12 de diciembre de 2013]. Disponible en internet: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2001/06/20/34817.php>

¹⁸⁵ CABRERA DE LEON, Antonio et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.4 [citado 2013-12-04], pp. 567-575. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400008&lng=es&nrm=iso>

¹⁸⁶ REYES RAMÍREZ, et al. Diabetes. Tratamiento nutricional. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://www.researchgate.net/publication/235980642_Diabetes._Tratamiento_nutricional/file/9c96051527679bcaf7.pdf>

69% realiza ejercicios, de los cuales el 89.9% realiza caminatas¹⁸⁷; siendo esto favorable ya que el ejercicio en pacientes con diabetes reduce los factores de riesgo cardiovascular, contribuye a la reducción de peso y mejora la sensación de bienestar; asimismo, el ejercicio puede prevenir el desarrollo de diabetes en individuos con alto riesgo¹⁸⁸.

70,97% manifestó sentirse siempre descansado cuando se levanta, cercano al informe de Fuentes quien encontró que el 83.5% refiere tener un sueño fisiológico saludable¹⁸⁹. Esto evidencia que los pacientes cuentan con un sueño reparador y por lo tanto están exentos de padecer trastornos del sueño los cuales pueden agravar la diabetes, al afectar el control metabólico a través de síndrome de resistencia a la insulina¹⁹⁰.

83,87% de los pacientes refieren que quienes los apoyan cuando lo necesitan son sus familias y respecto al tipo de apoyo que reciben manifiestan recibir apoyo económico; compañía; e interés por su salud. Esto es parecido a lo encontrado por Hidalgo que identifico en su estudio que el 70% cuentan con apoyo familiar, quienes les apoyan para que puedan comprar sus pastillas e insulina, de acuerdo al tratamiento farmacológico que reciben y soporte económico¹⁹¹. Esto es positivo para facilitar el cumplimiento con el tratamiento por parte del paciente, ya que la familia cumple un papel mediador y de soporte entre la agencia de autocuidado y las acciones de autocuidado del individuo¹⁹².

3,23% afirmaron tener el hábito de fumar, cifra inferior a la documentada por Gack en la cual el 18,3% tienen tabaquismo¹⁹³; y De Luis encontró que un 15%

¹⁸⁷ HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Op. cit.

¹⁸⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 23 noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

¹⁸⁹ FUENTES FACUNDO, Lorena Araceli *et al.* Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet <<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=33719&IDPUBLICACION=3628>>

¹⁹⁰ CUNHA, María Carolina Belo da; ZANETTI, Maria Lúcia y HASS, Vanderlei José calidad del sueño en diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermería* [en línea]. 2008, vol.16, n.5 [citado el 12.9.2013], pp 850-855. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500009&lng=en&nrm=iso>.

¹⁹¹ HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2005. [en línea]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina Humana. e.a.p. de enfermería. 2005. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf>

¹⁹² VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ALVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [en línea]. *Rev. Salud pública*. 2009, vol.11, n.4, ISSN 0124-0064. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en&nrm=iso>.

fumaba¹⁹⁴; Esto es inadecuado puesto que la nicotina aumenta la secreción de catecolaminas que elevan la tensión arterial, de la glucemia y constricción de los pequeños vasos sanguíneos que conduce a la hipoxia hística, así como a la aparición del infarto del miocardio¹⁹⁵, razón por la cual la eliminación de esta actividad nociva disminuye de complicaciones cardiovasculares.

11,83% manifestó ingerir algún tipo de bebida alcohólica, de igual forma en la frecuencia de consumo, 3,23% las consumen de forma ocasional. Según las Cifras reportadas por De Luis halló que el 19% de los pacientes consumían alcohol. De igual manera, García encontró que el 62,4% consumen bebidas alcohólicas, siendo lo más común el consumo ocasional¹⁹⁶, este porcentaje bajo es un factor negativo debido a que el consumo produce hipoglucemia al inhibir la gluconeogénesis hepática¹⁹⁷, por lo que estos pacientes están expuestos a tener alteraciones de los niveles de glicemia, afectando su calidad de vida.

82,80% de los encuestados, manifestó tener situaciones estresoras en su vida y la acción más utilizada para disminuir el estrés es la relajación con 59,14%, resultado similar constato Medellín con el 80% que manifestaron sentimientos de pérdida de la salud, sentimientos de culpa y depresión¹⁹⁸; Por su parte, 13,98% afirmó no hacer nada para disminuir el estrés. Igualmente Lozano en un estudio cualitativo encontró que cuatro participantes refirieron la relajación como estrategia para dormir y descansar tranquilamente, y seis participantes no refirieron realizar ninguna acción para descansar¹⁹⁹. En los pacientes que no realizan ninguna acción para disminuir el estrés, se puede alterar los niveles de glucemia debido a que las hormonas que se liberan como consecuencia del estrés también pueden alterar

¹⁹³ GACK GHELMAN, L. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet << <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75111/72871>>>

¹⁹⁴ DE LUIS ROMÁN, D *et al.* Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1.500 calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3231.pdf>

¹⁹⁵ PABLO JUAREZ, Rolando; CHAHIN, Julio Ricardo; MARGARITA VIZCAYA, Maytena y ARDUNA, Emma Isabel. Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos. *Rev Cubana Estomatol* [online]. 2007, vol.44, n.2 [citado 2013-12-02], pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200004&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 1561-297X.

¹⁹⁶ GARCÍA, Freddy *et al.* Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a02v20n3.pdf>

¹⁹⁷ FAUS, María José y SÁNCHEZ POZO, Antonio. Tratamiento, control y seguimiento farmacoterapéutico del paciente diabético [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0076.PDF>

¹⁹⁸ MEDELLÍN-VÉLEZ, Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf>>

¹⁹⁹ LOZANO ORTIZ, Margarita and SALAZAR GONZALEZ, Bertha Cecilia. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichán* [online]. 2007, vol.7, n.1 [cited 2013-12-02], pp. 77-84. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100007&Ing=en&nrm=iso>.

los niveles de glucemia en forma directa^{200 201}, dificultando así el manejo de la enfermedad y la efectividad del tratamiento.

Los tiempos de diagnóstico fueron los siguientes: menos de un año 1,08%, entre 1 y 5 años 38,71%, entre 6 y 10 años 19,35%, y más de 10 años 32,26%. Datos cercanos a lo encontrado por Contreras donde el tiempo de padecimiento y tratamiento de los pacientes fue 51.85% con más de 5 años, seguido de un 37.03% entre 1 a 5 años²⁰²; por su parte Figueredo, halló que 47 % de la población estudiada presenta más de 10 años de evolución y 53 % menos de 10 años de la enfermedad²⁰³. Lo anterior es importante dado que los pacientes diabéticos tienen probabilidades diferenciales de morir o de presentar enfermedades cardiovasculares en un periodo de tiempo de 10 años, siendo claro que aquellos con más factores de riesgo y con más condiciones clínicas asociadas tienen una probabilidad más alta de incidencia de los dos desenlaces mencionados²⁰⁴. Además, la OMS afirma que cuanto más tiempo haya tenido un paciente diabetes, menos probable es que se adhiera al tratamiento²⁰⁵, por lo cual identificar el tiempo de diagnóstico es conveniente para la planeación de intervenciones efectivas en salud.

15,05% se cepillan los dientes una vez al día, y 81,72 % lo realiza al menos dos veces al día, cifra mayor a la documentada por López quien afirma que el 3,4% se cepillan una vez al día, y el 36,3% dos veces al día²⁰⁶. Esto es positivo para

²⁰⁰ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Mitos sobre la diabetes. [en línea]. Home, Información en Español, Estres.[En línea]. [citado 17 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/el-bienestar-de-su-cuerpo/estres.html>>

²⁰¹ FAUS, María José y SÁNCHEZ POZO, Antonio. Tratamiento, control y seguimiento farmacoterapéutico del paciente diabético [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0076.PDF>>

²⁰² CONTRERAS OROZCO, Astrid et al. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investig. andina [online]. 2013, vol.15, n.26 [cited 2013-12-01], pp. 667-678 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462013000100005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0124-

²⁰³ FIGUEREDO DE ARMAS, Dulce María. Conocimientos de los pacientes diabéticos Relacionados con los cuidados de los pies. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang17100.pdf>

²⁰⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno. [en línea]. Anexo técnico Res 4003 de 2008. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.cuentadealtocosto.org/Docs/resoluciones/Resolucion%204003%20-%202008%20Anexo.pdf>>

²⁰⁵ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Información farmacoterapéutica de la comarca. [en línea]. Volumen 19, Nº 1, 2011. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>>.

²⁰⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas de acción. [En línea]. [Citado el 18 de noviembre del 2013]. Disponible en internet <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=>>

²⁰⁶ LOPEZ SOTO, Olga Patricia y JOYA RODRIGUEZ, Luz Dary. Conductas Preventivas Orales, ACTITUDES, percepciones Y ESTADO DE SALUD BUCAL EN PACIENTES diabeticos. *Hacia promoc. Salud* [en línea]. 2009, vol.14, n.2

mantener una buena higiene bucal, puesto que para evitar las enfermedades de las encías y la pérdida de los dientes, es importante cepillarse los dientes al menos dos veces al día²⁰⁷.

Además, 66,67% no visita nunca al odontólogo, cantidad superior al informe de López donde 39,7% refirió no visitar el odontólogo en el último año²⁰⁸. Esto es un factor negativo para la salud periodontal, ya que las personas con diabetes corren un mayor riesgo de caries dental y otras complicaciones²⁰⁹, por lo que es importante cuidar bien los dientes y encías con chequeos dentales cada seis meses.²¹⁰

74,19% revisan el estado de sus pies diariamente; y 6,45% no lo realiza nunca, según Martínez 56% de los pacientes realiza vigilancia diaria y un 2% nunca²¹¹.

Del mismo modo, 87,10% de las personas manifiesta secarse los pies después de bañarse, acorde con Martínez quien evidencio que el 66% de los pacientes mayores de 60 años realiza una buena higiene diaria (lavado, secado interdental, etc.)²¹². Estas son medidas adecuadas para prevenir el pie diabético, debido a que la educación sobre un buen cuidado del pie, y su revisión regular son medidas preventivas de bajo costo²¹³.

61,29 % manifiesta cortarse las uñas de los pies en forma redonda, Medellín encontró que 90% desconocía el corte correcto de las uñas de los pies²¹⁴. De igual forma, el 48,39% de los entrevistados utilizan zapatos abiertos durante el día; por

citado el 12.2.2013], pp 13-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772009000200002&lng=en&nrm=iso>.

207 EEUU. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recursos de salud pública sobre la diabetes: Controle su diabetes /como cuidar sus dientes. [En línea]. Disponible en internet: <<http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/control/dental.htm>>

208 LOPEZ SOTO, Olga Patricia y JOYA RODRIGUEZ, Luz Dary. Conductas Preventivas Orales, ACTITUDES, percepciones Y ESTADO DE SALUD BUCAL EN PACIENTES diabéticos. Op cit.

209 D'AIUTO, Francesco y MASSI-BENEDETTI, Massimo. Salud bucodental en personas con diabetes: ¿por qué debería preocuparnos?. [En línea]. Citado el 29 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_2_D%20aiuto_Massi_ES.pdf>

210A. LIFSHITZ, Aliza. La diabetes, la salud oral y las enfermedades de las encías. [En línea]. Citado el 28 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.vidaysalud.com/daily/diabetes/la-diabetes-la-salud-oral-y-las-enfermedades-de-las-encias/>>

211 MARTINEZ SABATER, Antonio y PASCUAL RUIZ, M^a Francisca. Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. *Gerokomos*[online]. 2009, vol.20, n.2 [citado 2013-12-03], pp. 73-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200004&lng=es&nrm=iso>.

212 Ibid.

213 BEAGLEHOLE, Robert Y LEFÈBVRE, Pierre. ¡Actuemos ya! contra la Diabetes. [En línea]. Citado el 30 de noviembre del 2013. Disponible en Internet <<http://www.who.int/diabetes/actionnow/Booklet_final_version_in_spanish.pdf>>

214 MEDELLÍN-VÉLEZ, Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim072f.pdf>>

su parte Medellín identifico que el 80% usaban calzado inadecuado²¹⁵. Estas son prácticas perjudiciales que afectan la integridad cutánea de los pies, ya que un número importante de úlceras del pie puede prevenirse gracias a inspecciones regulares y al acceso a los cuidados del pie, y al calzado adecuado²¹⁶. Por lo anterior se evidencia déficit de conocimientos de prevención del pie diabético, similar a lo encontrado por Mosquera quien identificó que el 82% de los pacientes necesitan educación continua sobre el cuidado de los pies²¹⁷.

81,72% dijeron consumir los medicamentos a la hora y dosis formulada; Durán encontró que el apego al tratamiento farmacológico correspondió a 54%²¹⁸. Adicionalmente el 23,66% no asiste a todos los controles programados; en el estudio de Meneses, hallo que el 46% han dejado de asistir al centro de salud²¹⁹.

Por otra parte, el 48,39% no cumple las recomendaciones dadas por el personal de salud con respecto a la alimentación adecuada, cantidad mayor a la documentada por Jáuregui quien constato que existió bajo porcentaje de adherencia a la dieta (experimental 15%, control 13%)²²⁰. De igual manera 63,44% de los entrevistados realiza la actividad física recomendada; similar a lo documentado por Velandía quien afirma que el 31,8% siempre hace el ejercicio recomendado²²¹.

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Diabetes Voice Boletín de la Federación Internacional de Diabetes. [En línea]. Citado el 28 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_18_es.pdf>

²¹⁷ MOSQUERA LOZANO, Claudia Patricia; Et al. Prácticas de autocuidado para prevenir el pie diabético, nivel de conocimiento y alto riesgo de pie diabético, en pacientes con DM tipo 2 HUHMP Neiva 2005. Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud.

²¹⁸ DURAN-VARELA, Blanca Rosa; RIVERA-CHAVIRA, Blanca y FRANCO-GALLEGOS, Ernesto. Pharmacological therapy compliance in diabetes. Salud pública Méx [online]. 2001, vol.43, n.3 [citado 2013-12-02], pp. 233-236. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=en&nrm=iso>.

²¹⁹ MENESES RENTERÍA. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.alasru.org/wp-content/uploads/2012/09/023-Meneses-Renteria-Alba.pdf>>

²²⁰ JÁUREGUI JIMÉNEZ, Josefina Teresita. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial impacto de un programa multidisciplinario. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1741:control-del-padecimiento-en-pacientes-con-diabetes-tipo-2-e-hipertension-arterial-impacto-de-un-programa-multidisciplinario&Itemid=721>

²²¹ VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ALVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [en línea]. Rev. Salud pública. 2009, vol.11, n.4, ISSN 0124-0064. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en&nrm=iso>.

Según lo señalado por la OMS, hay que reconocer que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento²²². Lo anterior evidencia fallas en el cumplimiento del tratamiento lo cual puede favorecer el avance de la enfermedad, ya que las complicaciones podrían prevenirse o tratarse a tiempo con la inclusión de comportamientos de autocuidado como el control diario del peso, la disminución de la ingesta de sodio, el ejercicio cardiovascular mínimo tres veces a la semana, la toma de la medicación en las dosis y los horarios establecidos, entre otras.²²³

87,10% se siente satisfecho con la atención recibida en los controles; y el 97,85% manifiesta que dicha atención los motiva a cuidar de sí mismos, cifra cercana a la encontrada por Durán en donde el 98% afirmó que entendía perfectamente las indicaciones de su médico y dijo tener una buena relación con éste²²⁴; Esto es favorable ya que la relación médico-paciente influye decisivamente en la vivencia emocional de la enfermedad y en la manera en que los pacientes asumen el control.²²⁵

62,37% refieren preguntarle al personal médico acerca de la enfermedad y de los medicamentos que consume, y el 10,75% a un familiar, cifra superior a la encontrada por Mendoza donde 41% obtuvieron información acerca de su enfermedad a través de su médico de forma exclusiva²²⁶. Esta práctica es positiva, dado que el proceso educativo del paciente diabético y su familia implica una labor continuada que debe realizar el personal del equipo de salud, con la finalidad de motivar el cumplimiento de las metas del control metabólico para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas²²⁷.

52,69% no conoce el nombre de los medicamentos que consume, 19,35% no sabe las causas que ocasionan la hiperglicemia, 79,57% no conoce las causas

²²² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas de acción. [En línea]. Citado el 18 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=>

²²³ OLIVELLA-FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia, *Et al.* La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. [En línea]. Citado el 20 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a06.pdf> >

²²⁴ DURAN-VARELA, Blanca Rosa; RIVERA-CHAVIRA, Blanca y FRANCO-GALLEGOS, Ernesto. Pharmacological therapy compliance in diabetes. *Salud pública Méx* [online]. 2001, vol.43, n.3 [citado 2013-12-02], pp. 233-236. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso.

²²⁵ ESCUDERO-CARRETEROA, María J *et al.* La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. [En línea]. Citado el 23 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://huespedes.cica.es/aliens/umfus/doc/CLC%20008.pdf>>

²²⁶ MENDOZA-RIVERA, R. *et al.* Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar* [en línea] 2009, 11 (Julio-Septiembre) : [fecha de consulta: 17 de diciembre de 2013] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719105001>> ISSN 1405-9657>

²²⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 23 noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

generadoras de hipoglicemia, y el 35,48% no conoce las complicaciones de la diabetes, lo cual evidencia que la población tiene regulares conocimientos respecto a la enfermedad, siendo esto similar a lo hallado por Figueredo donde 64,7 % de los encuestados demostraron no tener conocimiento acerca de su enfermedad, un 22 % presentó conocimientos mínimos y un 13,2 % de los encuestados demostraron conocer su enfermedad²²⁸. Además, Medellín informo que el 90% desconocía las complicaciones de la enfermedad²²⁹. Esto es perjudicial puesto que el nivel de conocimiento que posee el paciente predetermina la limitación en el autocuidado, restándole inclinación al aspecto preventivo y ocasionando serias complicaciones que pueden conllevar la discapacidad o muchas veces a la muerte del paciente²³⁰.

Finalmente, el 5,38% de los pacientes no realiza ninguna acción cuando tienen cambios en sus niveles de glicemia, contrario a lo documentado por Ja Zafra quien encontró que el 72,8% sabe cómo manejar la hipoglucemia en caso de padecerla²³¹. Lo anterior representa un factor de riesgo debido a que el control de la enfermedad interfiere significativamente con la calidad de vida de los pacientes, provocando cambios micro y macro vasculares que pueden conducir a disfunción, daño o inutilidad de varios órganos²³²

Para concluir, tras la realización del estudio se puede afirmar que los pacientes presentan prácticas de autocuidado adecuadas respecto a la alimentación, realización de actividades física y la eliminación de actividades nocivas. Adicionalmente se evidenció buena relación del paciente con el personal de salud que lo atiende y buen apoyo por parte de sus familias. Sin embargo, se encontraron algunos déficit en la adopción de prácticas de autocuidado relacionadas con el consumo de frutas dulces y alimentos grasos, el uso de servicios de promoción de la salud, control odontológico, corte de uñas y calzado adecuado, así como regulares conocimientos acerca de la enfermedad.

²²⁸ FIGUEREDO DE ARMAS, Dulce María et al. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. [En línea]. Citado el 28 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang17100.pdf>

²²⁹ MEDELLÍN-VÉLEZ, Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf>>

²³⁰ CABRERA MORÓN Rommy, et al. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud – 2009. [en línea]. Rev enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36. [citado 6 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605420&indexSearch=ID>>.

²³¹ JA ZAFRA ^a. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). [En línea]. Citado el 26 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/endocrinologia-nutricion-12/nivel-conocimientos-autocuidados-los-pacientes-diabeticos-atendidos-13019765-originales-2001>>

²³² GACK GHELMAN, L. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75111/72871>>

9. CONCLUSIONES

El promedio de edad de 65,8 años, predominó el género femenino, y los pacientes sin pareja sentimental estable; la mayoría son amas de casa, con un nivel económico y educativo bajo.

En los requisitos Universales: se observa un seguimiento al régimen alimentario, sin embargo la mayoría consumen altas cantidades de frutas dulces y alimentos grasos. Un alto porcentaje de pacientes practican actividad física, tienen una red de apoyo, presentan un sueño reparador, sin embargo tienen poca utilización de los servicios en cuanto a promoción de la salud.

En los requisitos de Desarrollo: se evidenció un porcentaje bajo en el consumo de alcohol y cigarrillo, adicionalmente se constató que a pesar que los pacientes están expuestos al estrés, existe un buen manejo del mismo.

En los requisitos de desviación de la salud: se encontró diferentes tiempos de diagnóstico, un buen cuidado de boca y pies, aunque se presentó un déficit en la visita al odontólogo, el corte de uñas de los pies y uso de calzado adecuado; finalmente, se evidenció cumplimiento con el tratamiento, y una buena relación con el personal de salud, pero regulares conocimientos de la enfermedad, aunque se evidencia que en general hay una búsqueda de información con respecto a la enfermedad.

10. RECOMENDACIONES

Realizar un estudio complementario que permita correlacionar las variables sociodemográficas con las prácticas de autocuidado identificadas en el estudio que permitan identificar posibles factores que influyen en la adopción de estas..

Crear una red de apoyo para pacientes diabéticos que permita reforzar las necesidades de educación identificadas en relación a la dieta adecuada, cuidado de los pies y boca, cuidados con los medicamentos que consume, complicaciones de la enfermedad y la identificación los signos y síntomas de alarma de la enfermedad.

Implementar modelos de atención en salud integral que fomenten el uso de los servicios de salud con un enfoque basado en la promoción de la salud por parte de los pacientes para la detección temprana de complicaciones potencialmente devastadoras por parte del paciente y costosas para el sistema de salud.

BIBLIOGRAFIA

A. LIFSHITZ, Aliza. La diabetes, la salud oral y las enfermedades de las encías. [En línea]. Citado el 28 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.vidaysalud.com/daily/diabetes/la-diabetes-la-salud-oral-y-las-enfermedades-de-las-encias/>>

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS. [en línea]. [citado el 25 de septiembre del 2012]. Disponible en internet: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n2/v11n2ao3.pdf>>

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Información farmacoterapéutica de la comarca. [en línea]. Volumen 19, N° 1, 2011. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>>.

ALAYON, Alicia N y MOSQUERA VASQUEZ, Mario. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. [en línea]. Rev. Salud pública 2008, vol.10, n.5 ISSN 0124-0064. [Citado 15 Abr, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=es&nrm=iso>.

ALVARADO VIMOS, Cristhian y SANCHEZ SUAREZ, Cristhian. Autocuidado de pacientes diabéticos del club “dulce vida”, hospital naval de Guayaquil, noviembre 2009 a mayo del 2010. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/10%20AUTOCUIDAD%20DE%20PACIENTES%20DIABETICOS%20DEL%20CLUB%20DULCE%20VIDA.pdf>>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Fats. [On line]. Home, Food and Fitness, Food, What Can I Eat. [citado 19 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.diabetes.org/food-and-fitness/food/what-can-i-eat/fat-and-diabetes.html>>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Mitos sobre la diabetes. [en línea]. Home, Información en Español, Lo básico sobre la diabetes. Octubre, 2013. [citado 17 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/mitos-sobre-la-diabetes.html>>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Mitos sobre la diabetes. [en línea]. Home, Información en Español, Estrés. [En línea]. [citado 17 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/el-bienestar-de-su-cuerpo/estres.html>>

ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. Guía de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no trasmisibles: servicios de salud. [en línea]. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/Guia%20Breve%20de%20Diabetes.pdf>>

ASCHNER Pablo. Asociación latinoamericana de diabetes. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [en línea]. Colombia. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>>.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA. Código de ética de enfermería. Guía para el desempeño del profesional de enfermería [en línea]. Santafé de Bogotá, Colombia. ACOFAEN. Julio, 1998. Citado [13 abril, 2012]. Disponible en internet: <http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63>

BALCÁZAR NAVA Patricia. Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. [en línea]. Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEH No.6. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10_-_No._6.pdf>.

BEAGLEHOLE, Robert Y LEFÈBVRE, Pierre. ¡Actuemos ya! contra la Diabetes. [En línea]. Citado el 30 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://www.who.int/diabetes/actionnow/Booklet_final_version_in_spanish.pdf >

CABRERA DE LEON, Antonio et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.4 [citado 2013-12-04], pp. 567-575. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400008&lng=es&nrm=iso>.

CABRERA DE LEON, Antonio *et al.* Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.4 [citado 2013-12-04], pp. 567-575. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400008&lng=es&nrm=iso>

CABRERA MORÓN Rommy, *et al.* Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – EsSalud – 2009. [en línea]. Rev enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36. [citado 6 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605420&indexSearch=ID>>.

CASTELLS PONS, Alba *et al.* BAYER DIABETES CARE. [En Línea]. Citado el 22 de noviembre de 2013. Disponible en Internet: <<http://www.diabetes.bayer.es/html/documents/pie.pdf>>

CENTRO HOLÍSTICO NAHUALKUMA. Tipo de Actividad Física en Diabetes. [en línea]. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nahualkuma.com.ar/>>.

CIFUENTES Jeannette y QUNTUL Nivia. La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético? [en línea]. Osorno abril del 2005. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%20005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf>.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Resultado censo general 2005, Neiva Huila. [en línea]. DANE. [citado 08 may, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.dane.gov.co/files/censo2005/regiones/huila/neiva.pdf>>.

COLOMBIA. GOBERNACIÓN DEL HUILA, Secretaria de salud Departamental. Informe consolidado del programa de Enfermedades crónicas no Transmisibles del año 2010, Departamento del Huila. Evaluación del Programa, indicadores epidemiológicos y de Control de gestión. [en línea]. Colombia: 2010. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.huila.gov.co/documentos/I/HUILA%20Informe%20Indicadores%20I%20Trimestre%202010%20INS.pdf>>.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 45 años o más afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno. [en línea]. Anexo técnico Res 4003 de 2008. [citado 08 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.cuentadealtocosto.org/Docs/resoluciones/Resolucion%204003%20-%202008%20Anexo.pdf>>.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía de atención de la diabetes. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. [en línea]. Bogotá: 2005. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>>.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [en línea]. Bogotá D.C. El ministerio. Octubre 05, 2004. [Citado 13 abril, 2012]. Disponible en internet: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-05034_archivo_pdf.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. [En línea]. Citado el 24 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/portal/UserFiles/File/evaluacion/guia%20de%20adulto%20mayor.pdf>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Superintendencia Nacional de Salud. Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia. [en línea]. Abril de 2011. [citado 15 nov, 2013].

Disponible en internet:
<<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf>>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [en línea]. Santafé de Bogotá. El ministerio. Octubre 04, 1993. [Citado 13 abril, 2012]. Disponible en internet:
<http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACION. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [en línea]. Santafé de Bogotá. El ministerio. Enero 05, 1996. [Citado 13 abril, 2012]. Disponible en internet:
<http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html>

COLOMBIA. SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Perfil Epidemiológico Neiva 2010. Citado el 20 de noviembre del 2013. Pag 34.

COMPEÁN ORTIZ Lidia Guadalupe, *et al.* Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem Jul.-ago. 2010. [citado 10 de jun, 2012]. Disponible en internet:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf>.

CONTRERAS OROZCO, Astrid et al. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investig. andina [online]. 2013, vol.15, n.26 [cited 2013-12-01], pp. 667-678. Available from:
<<http://investigaciones.funandi.edu.co/index.php/invandina/article/view/9/7>>

CORBACHO ARMAS Kelly; PALACIOS GARCÍA Nícida y VAIZ BONIFAZ Rosa. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. [en línea]. Rev. enferm hereditaria. 2009. [citado 13 jun, 2012]. Disponible en internet:
<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559634&indexSearch=ID>>.

CRUZ TORRES María de Lourdes y FELTRIN MIRANDA María Esther. Apoyo social a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [en línea]. Universidad veracruzana, Facultad de enfermería. Junio, 2010. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/328/1/CruzTorres-FeltrinMiranda.pdf>>

CUNHA, María Carolina Belo da; *et al.* Calidad del sueño en diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermería* [en línea]. 2008, vol.16, n.5 [citado el 11.28.2013], pp 850-855. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500009&lng=en&nrm=iso>.

D'AIUTO, Francesco y MASSI-BENEDETTI, Massimo. Salud bucodental en personas con diabetes: ¿por qué debería preocuparnos?. [En línea]. Citado el 29 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_2_D%20aiuto_Massi_ES.pdf>

DE LUIS ROMAN, D. *et al* Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1.500 calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3231.pdf>>

DIAZ Amador, et al .Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos de medicina familiar. [en línea]. Revista redalyc. Vol. 9 Num. 2. México. Abril- Junio 2007 pp. 99 – 107. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454006>>

DURAN AGUERO, S.; *et al.* Alimentación y diabetes. *Nutr. Hosp.* [online]. 2012, vol.27, n.4 [citado 2013-12-01], pp. 1031-1036. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010&lng=es&nrm=iso>.

DURAN-VARELA, Blanca Rosa; RIVERA-CHAVIRA, Blanca y FRANCO-GALLEGOS, Ernesto. Pharmacological therapy compliance in diabetes. *Salud pública Méx* [online]. 2001, vol.43, n.3 [citado 2013-12-02], pp. 233-236. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso>.

EEUU. ASOCIACION AMERICA DE DIABETES. Información en Español: Actividad física. [En línea]. Citado el 25 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.diabetes.org/espanol/padres-y-jovenes/bienvenido-a-la-zona-juvenil/ejercicio-fisico/>>

EEUU. ASOCIACION AMERICA DE DIABETES. Información en Español: Hiperglicemia (glucosa alta). [En línea]. Citado el 25 de noviembre del 2013. Disponible en Internet <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/afecciones-y-tratamiento/hiperglucemia.html>>

EEUU. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. [En línea]. Citado el 22 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/hypoglycemia/Hypoglycemia_SP_508.pdf>

EEUU. AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Cuidado del pie diabético (Care of the Diabetic Foot). [En línea]. Citado el 22 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00698>>

EEUU. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recursos de salud pública sobre la diabetes: Controle su diabetes /como cuidar sus dientes. [En línea]. [Citado 15 de noviembre de 2013]. Disponible en internet: <<http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/controle/dental.htm>>

EEUU. NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. Controle su diabetes: Guía para el cuidado de su salud. [En línea]. [Citado el 18 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/controle.pdf>>

EL PIE DIABÉTICO. PREVENCIÓN Y VALORACIÓN Enfermeras a domicilio. [En línea]. Citado el 25 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.enfermeras-domicilio.com/el-pie-diabetico-prevencion-y-valoracion/#sthash.WfQ1oxpb.dpuf_>

ELIASSON, Björn. Los efectos del tabaco sobre las complicaciones diabéticas. [En línea]. [Citado 18 de noviembre 2013]. Disponible en Internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_37_es.pdf#page=29>

ESCUADERO-CARRETEROA, María J *et al.* La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. [En línea]. Citado el 23 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://huespedes.cica.es/aliens/umfus/doc/CLC%20008.pdf>>

ESE CARMEN EMILIA OSPINA. Bases de datos programas especiales “Riesgo Cardiovascular”. [CD]. Neiva: Enero – Marzo, 2012. [citado 12 jun, 2012].

EUSKO JAURLARITZA. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Información farmacoterapéutica de la comarca. [en línea]. Volumen 19, Nº 1, 2011. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf>.

FAUCI Anthony S. Principios de Medicina Interna de Harrison. Principios de Medicina Interna. 17ª ed. México DF: Mc-Graw Hill Interamericana Editores; 2009. [citado 15 nov, 2013].

FAUS, María José y SÁNCHEZ POZO, Antonio. Tratamiento, control y seguimiento farmacoterapéutico del paciente

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Diabetes Voice Boletín de la Federación Internacional de Diabetes. [En línea]. Citado el 28 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_18_es.pdf>

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Diabetes Voice Perspectivas mundiales de la diabetes: Educación para la diabetes. [En línea]. [Citado el 28 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_53_es.pdf>

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES 2011 – 2021. [En línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>>

FERNÁNDEZ CONDE, A y VÁZQUEZ SÁNCHEZ, E. El sueño en el anciano. Atención de enfermería. [En línea]. Citado el 23 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>>

FIGUEREDO DE ARMAS, Dulce María. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol1_1_00/ang17100.pdf>

FRECHTEL Gustavo y LITWAK León. Guía del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. [en línea]. Sociedad Argentina de Diabetes A.C. 2010. [citado 08 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.diabetes.org.ar/docs/2010_10_SAD_Guia_del_Tratamiento_de_la_DM2.pdf>.

FRUTAS PARA DIABÉTICOS. Variedad Saludable De Frutas Para Diabéticos. [en línea]. [citado 12 de Diciembre de 2012]. Disponible en internet: <<http://frutasparadiabeticos.org/>>

FUENTES FACUNDO, Lorena Araceli *et al.* Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=33719&IDPUBLICACION=3628>>

FUNDACION EROSKI. La fibra es beneficiosa para las personas con diabetes. [en línea]. [citado 12 de diciembre de 2013]. Disponible en internet: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/2001/06/20/34817.php>

GACK GHELMAN, L. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75111/72871>>

GARCIA J, Alba, *et al.* Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Revista Médica Del IMSS [En línea]. Citado el 21 de noviembre del 2013. Disponible en internet:

<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e9d0d839-42a6-4109-b6a1-1df391a6805c%40sessionmgr4002&vid=7&hid=4101>>

GARCÍA, Freddy *et al.* Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a02v20n3.pdf>>

GILLIS, Martin y SAXON, Steven. La odontología en el control y el diagnóstico de la diabetes. [En línea]. [Citado el 19 de noviembre del 2013]. Disponible en Internet: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_32_es.pdf>

GUÍA PRÁCTICA para la prevención y el cuidado del pie diabético. [en línea]. [Anónimo]. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.familymed.com.ar/web/Portals/0/familymed/pie%20diabetico.pdf>>.

HERNÁNDEZ PINO, Arnaldo Alejandro; CONDE RAMÍREZ, Arturo y SIRÉ GÓMEZ, Alexis Francisco. Gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. [en línea]. Archivo Médico de Camagüey, vol. 8, núm. 4, 2004. Cuba. [Citado 22 Sep, 2012].

HERNANDEZ RUIZ; *et al.* Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos. Salud, Barranquilla [online]. 2008, vol.24, n.2 [citado 24 Sep, 2012], pp. 273-293. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200012&lng=en&nrm=iso>.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNENDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Pág., 5. 243-245. [citado 06 jun, 2012]

HERRERA LÍAN Arleth, *et al.* Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. [en línea]. Revista Avances en Enfermería. 2012. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079>>

HIDALGO CARPIO, Eva Victoria. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – Diciembre 2005. [en línea]. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina Humana. e.a.p. de enfermería. 2005. [citado 02 mar, 2012]. Disponible en internet: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/hidalgo_ce/pdf/hidalgo_ce.pdf>

ISAZA Carlos A, *et al.* Fundamentos de farmacología en terapéutica, quinta edición. ISBN 978-958-95444-1-9. Colombia: 2008. P. 297 – 305. [citado 06 jun, 2012].

JA ZAFRA. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). [En línea]. Citado el 26 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/endocrinologia-nutricion-12/nivel-conocimientos-autocuidados-los-pacientes-diabeticos-atendidos-13019765-originales-2001>>

JANSÀ Margarida. La importancia de la pareja y de las variables sociocognitivas en el control de la diabetes tipo II. [En línea]. Forumclinic diabetes noticias. 15 de febrero de 2013. [citado 15 nov, de 2013]. Disponible en internet: <<http://www.forumclinic.org/es/diabetes/noticias/la-importancia-de-la-pareja-y-de-las-variables-sociocognitivas-en-el-control-de-la>>

JÁUREGUI JIMÉNEZ, Josefina Teresita. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial impacto de un programa multidisciplinario. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1741:control-del-padecimiento-en-pacientes-con-diabetes-tipo-2-e-hipertension-arterial-impacto-de-un-programa-multidisciplinario&Itemid=721>

LAHSEN M. Rodolfo y REYES S. Nut Soledad. Enfoque nutricional en la diabetes mellitus. [en línea]. Rev. med. clin. condes - 2009; 20(5) 588 – 593. [citado 09 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_5/04_Dr_Lahsen.pdf>.

LOPEZ SOTO, Olga Patricia y JOYA RODRIGUEZ, Luz Dary. Conductas Preventivas Orales, ACTITUDES, percepciones Y ESTADO DE SALUD BUCAL

EN PACIENTES diabéticos. Hacia promoc. Salud [en línea]. 2009, vol.14, n.2 [citado el 12.2.2013], pp 13-23. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772009000200002&script=sci_arttext>

LOZANO ORTIZ, Margarita and SALAZAR GONZALEZ, Bertha Cecilia. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichán [online]. 2007, vol.7, n.1 [cited 2013-12-02], pp. 77-84. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100007&lng=en&nrm=iso>.

MARTÍNEZ Marisela y SÁNCHEZ María de los Remedios. Importancia de algunas frutas, verduras y hortalizas en la prevención de la diabetes mellitus tipo II. [en línea]. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://ride.org.mx/docs/publicaciones/11/salud/H05.pdf>>

MARTINEZ MELÉNDREZ, Rosalba Liliانا. Diagnóstico y propuesta de control de la enfermedad periodontal en pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el hospital rural no. 51 de Villanueva zacatecas. [en línea]. Universidad autónoma de Zacatecas. Unidad académica de odontología. [Citado 22 Sep, 2012].

MARTINEZ SABATER, Antonio y PASCUAL RUIZ, M^a Francisca. Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. *Gerokomos*[online]. 2009, vol.20, n.2 [citado 2013-12-03], pp. 73-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200004&lng=es&nrm=iso>.

MEDELLÍN-VÉLEZ, Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf>>

MENDEZ SALAZAR, Vianey *et al.* Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300011>

MÉNDEZ V, Becerril V; MORALES M, y PÉREZ VM. Autocuidado de las adultas mayores con Diabetes Mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Rev. Ciencia y Enfermería [en línea] 2.010 [acceso 17 de Julio de 2011]; 16 (3):103 - 109. Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_11.pdf>

MENDOZA-RIVERA, R. et al. Actitudes y motivaciones del paciente diabético y el personal de salud sobre la diabetes mellitus tipo 2. Archivos en Medicina Familiar [en línea] 2009, 11 (Julio-Septiembre) : [fecha de consulta: 17 de diciembre de 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719105001>> ISSN 1405-9657>

MENESES RENTERÍA. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.alasru.org/wp-content/uploads/2012/09/023-Meneses-Renteria-Alba.pdf>>

MEXICO. GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE EQUIDAD Y DESARROLLO SOCIAL. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. [en línea]. 1a. edición, agosto 2000. ISBN 968-816-329-5. [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf>

MOSQUERA LOZANO, Claudia Patricia; Et al. Prácticas de autocuidado para prevenir el pie diabético, nivel de conocimiento y alto riesgo de pie diabético, en pacientes con DM tipo 2 HUHMP Neiva 2005. Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud.

NAVARRO PENA, Y. y CASTRO SALAS, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. [en línea]. Enferm. glob. 2010, n.19. ISSN 1695-6141. [citado 22 may, 2012]. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso>.

OLIVELLA-FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia, *Et al.* La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem.

[En línea]. Citado el 20 de noviembre del 2013. Disponible en Internet: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a06.pdf> >

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes. [en línea]. Centro de prensa, nota descriptiva N° 312. Sep. 2011. [Citado 13 abr, 2012]. Disponible en internet: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [en línea]. OMS 2004. [Citado 10 Jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas en salud: Obesidad. [En línea]. Citado el 18 de noviembre del 2013. Disponible en internet: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes: pautas de atención integral. [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2009. ISBN978-92-75-33290-0. [citado 11 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://prestigefacil.files.wordpress.com/2011/01/educacic3b3n-y-control-dbt-ops.pdf>>.

PABLO JUAREZ, Rolando; CHAHIN, Julio Ricardo; MARGARITA VIZCAYA, Maytena y ARDUNA, Emma Isabel. Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos. Rev Cubana Estomatol [online]. 2007, vol.44, n.2 [citado 2013-12-02], pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-297X.

PFIZER. FORO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. [En línea]. [Citado 26 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf>

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Epidemiología de la diabetes en Colombia. [en línea]. Revista avances en diabetología. Hospital Universitario San

Ignacio. Bogotá (Colombia) 2010. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.sediabetes.org/revista/revistaVerArticulo.asp?idRevista=76&idArticulo=411&pa=seminarios>>.

QUIROS-MORALES, Diego y VILLALOBOS-PEREZ, Alfonso. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de costa rica. Univ. Psychol. [En línea]. 2007, vol.6, n.3 [citado el 2013-12-01], pp. 679-688. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300017&lng=en&nrm=iso>.

RAILE ALLIGOOD, Martha y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Séptima edición. España. Edi De S.L. ISBN 978-84-8086-716-0. 2011.

RESTREPO M, Sandra Lucia et al. LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS PROTECTORES Y DETERIORANTES EN SALUD. Rev. chil. nutr. [online]. 2006, vol.33, n.3 [citado 2013-12-01], pp. 500-510 . Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es&nrm=iso>.

REYES RAMÍREZ, et al. Diabetes. Tratamiento nutricional. [En Línea]. Citado el 30 de Noviembre del 2013. Disponible en Internet: <http://www.researchgate.net/publication/235980642_Diabetes._Tratamiento_nutricional/file/9c96051527679bcaf7.pdf>

ROMERO BAQUEDANO Irasema, *et al.* Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov.-Dic. 2010. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf>.

ROSELLO-ARAYA, Marlene. Prevalencia de diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa y diabetes provisional en El Guarco, Cartago. Rev. costarric. cienc. méd [online]. 2003, vol.24, n.1-2 [citado 2013-12-01], pp. 15-24. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482003000100002&lng=es&nrm=iso>.

ROSES PERIAGO Mirta. Directora Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [en línea]. Artículo publicado en medios de comunicación de la Región. 25 Marzo 2011. [citado 09 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/spanish/d/d_presentations.asp>.

SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA. Diabetes y cuidado bucal. [en línea]. [Citado 22 Sep, 2012].

SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA. Guía de autocuidado para personas con diabetes. [en línea]. [citado 12 jun, 2012]. Disponible en internet: <<http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>>.

TABLA DE ALIMENTOS PARA DIABÉTICOS. [en línea]. Escrito por Administrator en Diabéticos, Hacer dieta, Tabla de alimentos para diabéticos. [citado 18 nov, 2013]. Disponible en: <<http://www.hacerdieta.com/category/diabeticos/tabla-de-alimentos-para-diabeticos/>>

TOBÓN CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. [en Línea]. [citado 06 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf>.

UGALDE IGLESIAS, Carlos Manuel. Prevalencia de especies de cándida en la cavidad oral en pacientes diabéticos tipo II. [en línea]. Universidad de Granada, 2008. [Citado 22 Sep, 2012].

UNIVERSIDAD DE CANTARIA, Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. [en línea]. [citado 07 jun, 2012]. Disponible en internet: <[http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11 \(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%20(III).pdf)>.

UNIVERSIDAD DE CHILE.]. Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos. Alimentación y Vida Saludable en el adulto. [en línea [citado 15 nov, 2013]. Disponible en internet: <<http://www.inta.cl/comunidad/index.php/articulos/adulto-mayor>>

USA. NACIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. National Diabetes Information Clearinghouse, hypoglycemia. [en línea]. [citado 24 de septiembre de 2012]. Disponible en internet <http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/hypoglycemia/Hypoglycemia_SP_508.pdf>.

VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ALVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. [en línea]. Rev. Salud pública. 2009, vol.11, n.4, ISSN 0124-0064. [citado 10 jun, 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en&nrm=iso>.

VERAMENDI VILLAVICENCIOS, Nancy. Estrés percibido y adaptación biopsicosocial en pacientes con diabetes tipo 2-hospital ii essalud huánuco - 2008. [En línea]. [Citado el 27 de noviembre del 2013]. Disponible en internet: <<http://www.unheval.edu.pe/enfermeria/images/descarga/UNHEVAL-investigacion2.pdf#page=7>>

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
identificado con documento de identidad No. _____ de
_____, y número telefónico _____
en uso de mis facultades mentales y psicológicas, he recibido información sobre el proyecto de investigación “Prácticas de autocuidado en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, inscritos al programa RIESGO CARDIOVASCULAR en la ESE Carmen Emilia Ospina Sede Granjas. Neiva, 2013”; se me ha explicado que mi participación consistirá en diligenciar el cuestionario que comprende la identificación de características sociodemográficas, conocimientos, y prácticas de autocuidado que realizo para el control de la enfermedad y prevención de complicaciones; a los cuales he aceptado mi participación voluntaria como parte de la muestra. Acepto que no seré sometido a condiciones discriminatorias ni juzgado por mis opiniones y a ser tratado con respeto de mi dignidad humana; la información recolectada solo se referirá a la pertinente para la realización del estudio y el logro de los objetivos propuestos. Conozco que los datos obtenidos, informes y conclusiones de la investigación serán utilizados estrictamente con fines únicamente investigativos y académicos, respetando la autonomía, la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento, la seguridad que no se me identificará por mi nombre y respetándome el derecho de la dignidad.

PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

INVESTIGADOR

RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN

GONZALO ANDRES CALDERON SANTANA
JORGE EDUARDO ROJAS DUQUE

Anexo B. Mini-exámen cognoscitivo (MEC)

Paciente..... Edad.....

Ocupación..... Escolaridad.....

Examinado por..... Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes..... Estación..... Año.....
_____5
- Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia..... Nación.....
_____5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)
_____3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

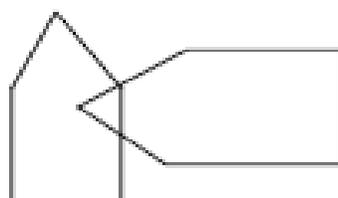
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?
_____5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás
_____3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ?
_____3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj
_____2
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros
_____1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ?
_____2
- ¿Que son un perro y un gato ?
_____3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
_____1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS
_____1
- Escriba una frase
_____1
- Copie este dibujo____1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

Anexo C. Instrumento de recolección.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

**INSTRUMENTO PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LOS PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO II**

CUESTIONARIO

Objetivo: Describir las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa “riesgo cardiovascular” en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas. Neiva, 2013.

El instrumento consta dos partes, una orientada a identificar los datos sociodemográficos y condiciones de vivienda, y la otra conformada por 58 preguntas algunas de tipo dicotómicas y otras abiertas, las cuales evaluarán las prácticas de autocuidado, con base en los requisitos propuestos por Dorothea Orem en su teoría del autocuidado, y en los objetivos planteados para la investigación.

Por favor responda cada una de ellas de la manera más clara y concreta posible, según se asemeje a sus experiencias. Su información es de tipo confidencial.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Código:	Edad:	EPS (S o C):
Estrato:	Escolaridad:	Estado Civil:
Género: M _____ F _____	Ocupación:	Ingresos mensuales: _____ Menos de 1 SMLV _____ Entre 1 y 2 SMLV _____ Más de 2 SMLV

CONDICIONES DE VIVIENDA

Cuenta su hogar con los servicios de: **(Marque con una X)**

- a) Agua potable _____ b) Alcantarillado _____ c) Energía _____ d) cocina con gas _____
e) Teléfono fijo _____ f) Donde de posita la basura _____

Observaciones:

Características del piso de la vivienda: **(Marque con una X)**

- a). Tierra pisada _____ b) Plástico _____ c) Cemento _____ d) Madera _____ e)
Baldosa _____

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

1. ¿Cuántos vasos de agua toma al día? _____
2. ¿Cuál es la cantidad de sal que consume en sus alimentos?, defina esa cantidad que consume: _____
3. ¿Le agrega sal a sus alimentos, además de la adicionada en la preparación?

4. ¿Cuál es la cantidad de azúcar que consume en sus bebidas?, defina esa cantidad que consume: _____
5. En cada comida que consume diariamente, ¿Cuántas harinas consume?
Desayuno _____ Almuerzo _____ Cena _____
6. ¿Cuáles Harinas consume?

7. ¿Con qué frecuencia consume frutas?

8. ¿Qué frutas consume?

9. ¿Cuántas porciones de frutas consume?

10. ¿Con qué frecuencia consume verduras?

11. ¿Qué verduras consume?

12. ¿Cuántas porciones de verduras consume?

13. De las siguientes opciones, ¿Qué alimentos ricos en grasa consume?
_____ Fritos. ¿Cuáles?
_____ Lácteos
_____ Mantequilla
_____ Otros ¿Cuáles? _____
14. ¿Con qué frecuencia consume alimentos ricos en grasa?

15. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en grasa consume?

16. ¿Con que frecuencia hace actividad física?

17. ¿Cuál actividad física realiza?

18. ¿Cuánto tiempo dedica a realizar su actividad física?

19. ¿Cuándo duerme siente dificultad para respirar? Sí _____ No _____

Si la respuesta anterior es sí, ¿Qué hace para mejorar la dificultad?

20. ¿Qué ayudas utiliza para dormir?

21. ¿Cuántas horas duerme?

22. ¿Con que frecuencia al levantarse se siente descansando?

23. ¿Con quién vive?

24. ¿Quién es la persona que más lo/la apoya en sus necesidades?

25. Teniendo en cuenta su respuesta anterior, indique el tipo de apoyo que le brinda:

26. Aparte de la asistencia al control de su hipertensión, ¿En qué casos solicita atención por parte del personal de salud? _____

27. ¿Con qué frecuencia mide su peso?

28. ¿Cuál es su peso actual?

29. ¿Usted Fuma actualmente o ha fumado? Sí _____ No _____

Si su respuesta es positiva responde las preguntas 30 y 31, de lo contrario pase a la pregunta 32.

30. Indique cuantos cigarrillos fuma o fumaba al día:

31. ¿Hace cuánto dejó de fumar?

32. ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? Sí _____ No _____

Si su respuesta es positiva responda las preguntas 33 y 34, de lo contrario pase a la pregunta 35.

33. ¿Cuáles bebidas alcohólicas consume?

34. ¿Cada cuánto toma bebidas alcohólicas y en qué cantidad?

35. ¿Qué situaciones le generan angustia, temor y ansiedad en su vida?

36. De las anteriores situaciones mencionadas, ¿qué acciones o actividades hace para disminuirlas?

37. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes?

38. ¿Con qué frecuencia revisa su boca, dientes y lengua, y verifica que este en buen estado?

39. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

40. ¿Cada cuánto cambia su cepillo dental?

41. ¿Cada cuánto visita usted al odontólogo?

42. ¿Con que frecuencia revisa sus pies, y verifica que estén en buen estado?

43. ¿Acostumbra a utilizar zapatos cerrados o abiertos?

44. ¿Qué tipo de calzado utiliza para realizar actividad física?

45. ¿Se seca los pies después de bañarse? Sí _____ No _____

46. ¿Usted se corta las uñas de los pies en forma redonda o en forma recta?

47. ¿Cuántos medicamentos consume para el control de su Diabetes?

Menciónelos: _____

48. ¿Toma los medicamentos a la hora y dosis formulada por el personal de salud?

49. ¿Cada cuánto está programado el control Médico/Enfermería para su Diabetes?

50. Durante este año, ¿a cuántos controles Médico/Enfermería ha asistido para el control de su Diabetes?

51. De las siguientes recomendaciones dadas por el personal de salud, ¿Cuáles realiza?
Dieta balanceada _____ Actividad física _____ Consumo de los medicamentos _____
Otros ¿Cuál? _____

52. Del siguiente personal de salud mencionado, ¿Con cuál se siente satisfecho con la atención brindada? Enfermer@ ____ Medic@ ____ Farmacia ____ Asignación de citas _____

53. ¿La atención recibida en los controles de la Diabetes lo motiva a cuidar de sí mismo y por qué?

54. ¿A quién acude cuando desea saber más acerca de su enfermedad o de la función de los medicamentos que consume?

55. ¿Qué causa el incremento o disminución de su glicemia (nivel de azúcar en la sangre)?

56. ¿Qué hace cuando se presentan cambios en su glicemia (aumento o disminución)?

57. Mencione las complicaciones que puede causar la Diabetes:

58. Describa los cuidados que debe tener con los medicamentos que consume para el control de su Diabetes: _____



Universidad Surcolombiana

Anexo D. Aval del comité de ética de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana y ESE Carmen Emilia Ospina.

FACULTAD DE SALUD
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
5-006
Neiva, 23 de Abril de 2013

Docente
CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO
Coordinadora Curso Formulación de Proyectos
Ciudad

Reciba un cordial saludo,

El comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud en sesión del 16 de Abril de 2013 y según consta en el acta No. 03 de la fecha, se permite informar que los siguientes proyectos de investigación fueron aprobados:

- × "Conocimientos y prácticas de la donación de hemoderivados, en el personal de salud de los bancos de sangre del departamento del Huila, para el periodo 2013-B"; deben ampliar el ítem de costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación para las partes que participen en la investigación)
- × "Adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en las unidades oncológicas del Huila, 2013"; deben ampliar el ítem de costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación para las partes que participen en la investigación)
- × Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes hipertensos que asistieron a control médico/enfermería en el periodo octubre – diciembre de 2012 en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas de Neiva"
- × Impacto de la intervención educativa de enfermería sobre habilidades para la vida, en el comportamiento de estilos de vida saludable en estudiantes de áreas de la salud. Neiva, 2013.
- × Conocimientos actitudes y practicas acerca de la prevención y el control del dengue en la zona urbana de los municipios de Paicol y El Pital en el año 2013"
- × Práctica de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa "Riesgo Cardiovascular" en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas. Neiva, 2013
- × "Factores asociados en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial de la ESE Tulia Durán de Borrero del municipio de Baraya en el 2012"; deben ampliar el ítem de costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación



Universidad Surcolombiana

- USCO -

NIT. 891.180.084-2

para las partes que participen en la investigación)

Las siguientes investigaciones no fueron aprobadas:

- × "Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo cardiovascular en administrativos de la Universidad Surcolombiana en el año 2013"
- × "Afrontamiento del Cuidador del del menor de 14 años sometido a tratamiento dialítico en Neiva, 2013"

por las siguientes observaciones:

- × Ampliar consideraciones éticas según la Resolución 8430 especificar tipo de riesgo y demás aspectos relacionados con las investigaciones con seres humanos.
- × Citar lo pertinente a la investigación en salud contemplados en la legislación de Enfermería.
- × Explicar cómo van a salvaguardar los principios éticos: autonomía, justicia, costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación para las partes que participen en la investigación), confidencialidad entre otros.

Atentamente,

ESPERANZA CABRERA DIAZ

Directora Medicina Social y Preventiva

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CARMEN EMILIA OSPINA

NIT. 813.005.265-7

ESECEOG-

478-1

Neiva, mayo 8 de 2013

Doctora:

CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO

Coordinadora Grupo Opción

Universidad Surcolombiana de Neiva

Cordial saludo,

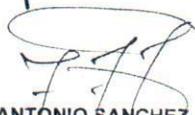
Para la E.S.E Carmen Emilia Ospina de Neiva, es muy importante participar en temas de investigación que nos ayuden a mejorar la calidad de vida de los neivanos, razón por la cual les prestaremos toda la ayuda posible para que accedan a la información de las personas que quieran hacer parte de este trabajo, con la salvedad que la misma debe utilizarse solo con fines investigativos.

Así las cosas, es necesario que nos presenten las autorizaciones o consentimientos debidamente firmados por cada una de las personas seleccionadas para tal fin, para luego autorizar la revisión de sus historias clínicas y la recopilación de la información.

Quedamos a la espera de los documentos debidamente firmados, para lo cual le solicitamos se dirijan a la E.S.E Carmen Emilia Ospina de Neiva, sede las Palmas, para que se entrevisten directamente con el doctor Cesar Alberto Polanía Silva, asesor técnico Científico, con el fin de seleccionar el personal para iniciar la investigación.

Atentamente,


GLADYS DURÁN BORRERO
Gerente


Proyectó: **DUBER ANTONIO SANCHEZ JIMENEZ**
Asesor Jurídico

Pdo
Alexandra Cuellar
09-05-2013
10:00 am