

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA



AUTOCUIDADO Y DIABETES MELLITUS DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

Tesis presentada por la Maestra:

**ELIDA MAGDALENA DE LA CRUZ ARCOS DE
MATÍAS**

Para optar el Grado Académico de Doctora en
Ciencias: Enfermería

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

AREQUIPA – PERÚ
2017

DEDICATORIA

A mi madre,
quien me inspira a lograr mis metas
y a mi familia
por su incondicional apoyo.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
B. OBJETIVOS	19
C. HIPÓTESIS	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	20
B. BASE TEÓRICA	25
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	85
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	85
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	87
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	88
B. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	89
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO	89
D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	90
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	91
B. DISCUSIÓN	120
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	123
B. RECOMENDACIONES	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	92
TABLA 2	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	94
TABLA 3	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	96
TABLA 4	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	98
TABLA 5	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTUDIOS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	100
TABLA 6	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	102
TABLA 7	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIOS DE AFRONTAMIENTO FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	104
TABLA 8	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOINFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	108
TABLA 9	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADOS DE LA HIGIENE HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	110
TABLA 10	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE CONTROLES HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	112
TABLA 11	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE ACTIVIDADES FISICAS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	114

TABLA 12	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE LA DIETA HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	116
TABLA 13	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE EL TRATAMIENTO HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	118

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO 1	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	93
GRÁFICO 2	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	95
GRÁFICO 3	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	97
GRÁFICO 4	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	99
GRÁFICO 5	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTUDIOS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	101
GRÁFICO 6	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	103
GRÁFICO 7	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIO DE AFRONTAMIENTO: TIEMPO DE ENFERMEDAD FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	105
GRÁFICO 8	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIO DE AFRONTAMIENTO: DEPENDENCIA EN EL CUIDADO FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	106
GRÁFICO 9	POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIO DE AFRONTAMIENTO: OPINIÓN DE RELACIONES FAMILIARES FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	107

GRÁFICO 10	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOINFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	109
GRÁFICO 11	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADOS DE LA HIGIENE HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	111
GRÁFICO 12	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE CONTROLES HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	113
GRÁFICO 13	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE ACTIVIDADES FISICAS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	115
GRÁFICO 14	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE LA DIETA HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	117
GRÁFICO 15	NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE EL TRATAMIENTO HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016	119

RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado autocuidado y diabetes mellitus de pacientes hospitalizados servicio de medicina hospital IV Augusto Hernández Mendoza Ica 2016, se realizó con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes quienes padecen dicha enfermedad, para que puedan tener mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social. Toda vez que la diabetes exige de quienes la padecen readecuaciones en su estilo de vida. Algunos de estos problemas de orden social que pueden interferir en la adecuada conciliación del autocuidado y las exigencias terapéuticas para lograr un buen control metabólico.

El estudio fue descriptivo de correlación, teniendo como variable principal: Diabetes Mellitus, variable secundaria: Autocuidado. Utilizándose como técnica la entrevista con su respectivo instrumento. En los resultados se tiene que el 36.4% de los pacientes tienen edades de más de 50 años con mayor frecuencia en el sexo masculino y el 72.7% son de Ica. El autocuidado por medio de la información es alto en el 63.6% de los pacientes y el afrontamiento es regular y bajo en el 40.9% de los mismos para cada caso.

Se recomienda conocer características socioculturales de los pacientes para realizar estrategias educativas que estén en relación con sus creencias, costumbres y niveles educativos, a la vez se debe de realizar talleres sobre temas de cómo afrontar esta enfermedad a los pacientes y familiares para evitar complicaciones de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Diabetes mellitus, autocuidado, afrontamiento.

ABSTRACT

The present research work called self-care and diabetes mellitus of patients hospitalized hospital medicine service IV Augusto Hernández Mendoza Ica 2016, was performed with the purpose of improving the quality of life of patients suffering from this disease, so that they may have a higher probability of Problems of a social nature. Whenever diabetes requires those who suffer from readaptations in their lifestyle. Some of these social problems can interfere in the proper reconciliation of self-care and therapeutic requirements to achieve good metabolic control.

The study was a quantitative, descriptive correlation design, having as its main variable: Diabetes Mellitus, secondary variable: Self-care. Using as a method the interview with its respective instrument an interview guide elaborated to evaluate the self-care variable

In the obtained results we have that 36.4% of the patients have ages of more than 50 years with more frequency in the male sex and 72.7% are of Ica. Self-care through information is high in 63.6% of patients and the coping is regular and low in 40.9% of the same for each case.

It is recommended to know the sociocultural characteristics of the patients to carry out educational strategies that are related to their beliefs, customs and educational levels. At the same time, it is necessary to conduct workshops on how to deal with this disease to patients and their relatives to avoid complications of disease.

KEY WORDS: Diabetes mellitus, self-care, coping.

INTRODUCCIÓN

La investigación titulada autocuidado y diabetes mellitus de pacientes hospitalizados servicio de medicina Hospital IV Augusto Hernández Mendoza Ica 2016 tiene como propósito la búsqueda en la mejora en el estado de salud y el control en los pacientes con diabetes mellitus, a su vez lograr una calidad de su vida y desarrollo como persona dentro de la sociedad, eliminando toda limitación para el cumplimiento de sus roles dentro de la familia y sociedad.

La sensibilización en el paciente acerca del autocuidado debería ser el pilar fundamental en los programas de diabetes a nivel nacional. La motivación que se tuvo fue la gran cantidad de pacientes diabéticos que existen en la región y que por causa de las complicaciones son hospitalizados en el servicio de medicina del nosocomio.

A medida que envejecen las personas en el área emocional y social, surgen cambios como depresión, aislamiento, maltrato, lo que induce a una baja autoestima que

ocasiona descuido en su higiene personal, desinterés por compartir y convivir con compañeros de su edad, y enfermedades como la diabetes tipo 2 que representa una de las primeras causas de mortalidad en el país.

Uno de los principales peligros de la diabetes es su avance silencioso, ya que puede ser asintomático y cursar periodos muy variables en cualquier etapa de la vida; es aquí donde se ve afectado su funcionamiento fisiológico, social, con la aparición de situaciones emocionales, lo cual no ha sido identificado para el previo cuidado o atención.

El autocuidado, considerado por Orem como acciones voluntarias e intencionadas para el mantenimiento y promoción de la salud, se desarrollan de forma interactiva y progresiva desde las primeras etapas de vida. La aparición de una alteración de salud, especialmente de larga duración o crónica como la diabetes mellitus, significa para la persona afectada y su familia un cambio sustancial en sus vidas, ya que deben incorporar un nuevo repertorio de acciones específicas para la recuperación de su autonomía e independencia.

Aprender a vivir con diabetes mellitus es un proceso largo, que precisa la gestión activa de la persona con esta enfermedad. Los cambios que genera en la vida de quienes la padecen y en sus familias pueden constituir una amenaza para su salud a corto, mediano y largo plazo, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales; por las complicaciones agudas y crónicas que pueden mermar la calidad de vida de la persona afectada y de las personas de su entorno.

En consecuencia, se deberán contar con conocimientos y habilidades que les capaciten para satisfacer sus nuevas necesidades o requisitos de autocuidado terapéuticos durante el resto de sus vidas. Esta tarea es difícil y con frecuencia las personas no son capaces por si mismas de satisfacerlos de forma adecuada, surgiendo en el proceso dificultades por diversas circunstancias necesitando las intervenciones de profesionales de la salud.

La realidad que se aprecia en los pacientes adultos mayores que afrontan esta situación de salud es diversa, existiendo muchas veces un déficit en su autocuidado, ya que, por

dejar de padecer alguna complicación por un largo tiempo, se empiezan a descuidar y a cometer excesos que en algún momento llega a la aparición de alteraciones en su salud, debiendo estar siempre pendiente los profesionales de la salud, recordándoles la importancia de su autocuidado en busca de una calidad de vida óptima.

El objetivo es analizar la asociación entre el afrontamiento con el autocuidado con la diabetes mellitus del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, la hipótesis el autocuidado está asociado al afrontamiento con la diabetes mellitus del paciente hospitalizado en el servicio de medicina. El estudio es descriptivo de correlación, la población son un total de 22 pacientes, se utiliza la entrevista como técnica. Los resultados son, que el 59.1% de la población en estudio presenta la enfermedad entre 1 y 7 años; también se tiene que el 72.7% son independientes en el cuidado y 77.3% tienen respeto en las relaciones familiares; Por la prueba estadística ji-cuadrada se establece que el afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes en estudio no influye en el autocuidado referente a la información. El 18.2% de los pacientes en estudio con un afrontamiento alto les corresponde un autocuidado, en la higiene, adecuado; a diferencia de un afrontamiento bajo, donde de 40.9% el 22.7% le corresponde en este autocuidado de inadecuado. El 54.5% de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, presentan un autocuidado, en el control de la salud, de adecuado y un 45.5% de inadecuado. La prueba estadística ji-cuadrada establece que el afrontamiento influye en el autocuidado en la actividad física de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina. El 54.5% de los pacientes en estudio presenta un autocuidado inadecuado y un 45.5% de adecuado. El 68.2% de nuestros pacientes en estudio tienen un adecuado autocuidado en el tratamiento y un 31.8% de inadecuado.

La conclusión es que la prueba ji-cuadrada el afrontamiento e información es adecuado de forma regular, el afrontamiento y autocuidado en higiene es inadecuado de forma regular, el afrontamiento y autocuidado en controles es adecuado en forma regular, el afrontamiento y autocuidado en actividad física es adecuado en forma regular, el afrontamiento y dieta es inadecuado y el afrontamiento y tratamiento es inadecuado en forma regular.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 2 es una pandemia mundial y en la actualidad una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad y representa una enorme carga económica para las instituciones de salud. Las complicaciones crónicas de la diabetes son frecuentes, progresivas, graves y costosas. Los tratamientos actualmente disponibles tienen diversos mecanismos de acción; sin embargo, ninguno modifica la fisiopatología de la enfermedad, con lo que el deterioro progresivo de las células beta pancreático continúa de manera inexorable y algunos de ellos pueden incluso asociarse con efectos adversos, como: hipoglucemia, ganancia de peso, efectos gastrointestinales y edema periférico.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte

en las Américas al representar el 76% de todas las defunciones durante 2007-2009.

La situación actual de los pacientes con diabetes mellitus requiere de la atención de los profesionales de la salud ya que existe una gran cantidad de pacientes que padecen de esta enfermedad. La diabetes mellitus 2 requiere la adopción de un nuevo estilo de vida, que lejos de representar para la persona que la padece una limitación, debería adquirir un significado positivo, invitándoles a modificar y mejorar sus hábitos de alimentación, incluir la actividad física, disminuir o suprimir hábitos tóxicos y probablemente a inyectarse o tomar diariamente algún fármaco, a seguir sus pautas de cuidado de los pies, revisiones, a controlarse los niveles de glucosa, en definitiva a estar bien organizado y mejorar su esperanza y calidad de vida.

este proceso supone ampliar progresivamente el aprendizaje a lo largo del ciclo vital y en el caso de la diabetes mellitus, la persona afectada debe conocer entre otros aspectos como adecuar sus pautas de tratamiento ante eventualidades imprevistas (viajes, enfermedades, situaciones críticas, etc.), observar el funcionamiento del organismo, vigilar y prestar atención a las reacciones y señales de su cuerpo, estas nuevas señales han de incorporarse progresivamente a la vida de la persona con esta situación de salud. las intervenciones que se necesiten para contribuir al mantenimiento del autocuidado del individuo deben ajustarse a criterios de actuación y seguimiento con rigor científico, lo que requiere profesionalizar el cuidado que ejercen las enfermeras en el campo de la salud para que resulten efectivas durante el proceso de la enfermedad. desde la perspectiva de enfermería, el modelo de cuidados más adaptado al entorno de la persona con diabetes mellitus es el modelo de Orem; el aplicar este modelo en la atención de los pacientes supone un punto de equilibrio entre las dos tendencias contrarias: por un lado la dependencia de los cuidados profesionales y por el otro la actitud positiva, activa e incluso combativa de las personas que presentan este trastorno de salud como resultado surge una posición donde se potencia la participación responsable de la persona ante su enfermedad, y cuyas relaciones con los profesionales son de

complemento y no de dependencia, donde lo importante no es tanto lo que le sucede al enfermo, sino lo que cada quien hace para su cuidado.

La Diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre. Puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a esta o ambas. La llamada Diabetes tipo 2, es mucho más común que el tipo 1 y corresponde aproximadamente al 90% de todos los casos de diabetes, presentándose generalmente en la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el 2013 una prevalencia de 371 millones de diabéticos en todo el mundo, cifra que se estima sobrepase los 552 millones en el año 2030; de ahí que se plantee que esta entidad puede llegar a cobrar más muertes que el SIDA, y representa ya la cuarta causa de muerte en el mundo. La insuficiente cicatrización del diabético es un grave problema médico no resuelto a nivel mundial. Se plantea que entre el 4-10% de los pacientes diabéticos desarrolla una úlcera del pie diabético (UPD) en algún momento de sus vidas y de éstos, aproximadamente entre 5 y 24% de las UPD conducen a amputación en un período de entre 6 y 18 meses ¹. De la población de amputados, cerca del 50% puede sufrir una segunda amputación de la extremidad contra-lateral en un período de 2-5 años, afectando considerablemente la calidad de vida de estos pacientes, además de los cuantiosos gastos para los sistemas de salud. Esta situación puede agravarse ya que tras una amputación mayor menos del 69% de los amputados sobrevivirá en los siguientes 5 años.

En el 2011 un total de 366 millones de personas padecían de diabetes; para 2030, esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones. El número de personas con diabetes tipo 2 está en aumento en todos los países. El 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos. La mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad 183 millones de personas con diabetes (el 50%) están sin diagnosticar. La diabetes ha causado 4,6 millones de muertes en 2011.

La diabetes ha originado al menos 465.000 millones de USD de gasto sanitario en 2011; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años) 78.000 niños desarrollan diabetes tipo 1 cada año.

La Diabetes mellitus debido a su alta prevalencia entre las Enfermedades no transmisibles. Los cálculos indican que alrededor de 55 millones de personas viven con la diabetes en la Región en el 2010. También incluye un mapa temático que muestra la mortalidad prevenible por diabetes mellitus para la población menor de 50 años en la Región de las Américas y la tendencia de mortalidad de diabetes en los últimos 10 años, mostrando los diferentes riesgos de la muerte e inequidades entre países.

Este estudio, realizado por el Ministerio de Salud, OPS/OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), reveló que el 9,9% de los encuestados de Managua padecían de diabetes mellitus; con afectación similar en ambos sexos. La tercera parte de los encuestados tenía antecedente de diabetes mellitus y la mitad de hipertensión arterial.

La diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México; 6.4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes, la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2%* (ENSA 2008 fue de 4.6%; ENSANUT 2011 fue de 7.3%). La cifra de diagnóstico previo aumenta después de los 50 años. Los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

En el país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y durante el 2011 presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante, y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.

Según Peñarrieta M, Vergel S, Lezama S, Rivero R, Taipe J, et al. En su investigación aseguran que recientemente el tema de las enfermedades crónicas no transmisibles, están entre las que se consideran a las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el sobrepeso y obesidad, el cáncer, y las enfermedades pulmonares crónicas han alcanzado notoriedad mundial. Hasta hace

poco, las enfermedades crónicas no transmisibles que se observaban en países en desarrollo solían llamárseles «enfermedades de países ricos», sin embargo, hoy se sabe que el 80% del total de muertes a nivel mundial por estas causas ocurren en países de ingresos medios y bajos. La adhesión al tratamiento apenas alcanza el 20%, lo cual conduce hacia estadísticas negativas al área de salud, y ocasiona consecuencias perjudiciales para la familia, la sociedad y el gobierno. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son, pues, uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados; su creciente contribución a la mortalidad general; la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura, y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Así mismo, algunos estudios muestran deficiencias relacionadas con el conocimiento insuficiente de la enfermedad crónica y su manejo, como es el caso de las personas con diabetes otro estudio mostró que el nivel de conocimiento adecuado no estaba relacionado con el control glucémico y que el conocimiento es apenas una de las variables que puede influenciar en el control metabólico; así también menciona que el estilo de vida y las creencias pueden también tener gran impacto en el comportamiento de las personas.

En el Perú alrededor de dos millones de personas tienen Diabetes, en el 2012 el promedio de personas afectadas fue de 8% en el país y de 10% en Lima, ocupando el 9° lugar de las causas de carga de enfermedad. Partiendo de una prevalencia de Diabetes Mellitus de 3,5% en sujetos de 20 años a más, se estima unas 700 000 personas con diabetes mellitus. Al mismo tiempo la mortalidad por diabetes mellitus en el 2011 fue de 16.1 por cada 100 000. Este mismo año se registraron en los hospitales de MINSA 49 022 días de hospitalización por diabetes mellitus.

Este contexto genera enormes retos para la salud pública de muchos países, en donde las tareas y la agenda vinculada con enfermedades infecciosas y de la infancia no han concluido. Tal es el caso de Perú, donde el sistema de salud tiene que lidiar con el incremento de las enfermedades crónicas y, por otro lado, las infecciosas y de la infancia.

Estudios recientes, dan cuenta de este incremento de enfermedades crónicas en el Perú. La prevalencia de diabetes fue 0,8% en zona rural, y tuvo un patrón de incremento en gradiente, 3% en migrantes y 6% en población urbana. Los estimados correspondientes en cada grupo para obesidad, también en un patrón de gradiente, fueron 3; 20 y 33%. La hipertensión arterial presenta alrededor del 11 al 15%, mientras que es el doble, casi 30%, en la población urbana; estas diferencias fueron notorias también según sexo en el grupo de migrantes. Es reconocido por el Ministerio de Salud como un problema de salud pública y se identifica, al menos, cuatro enfermedades crónicas prioritarias: hipertensión, diabetes, obesidad y cáncer.

Según un boletín del MINSA con respecto a la diabetes mellitus en consulta externa se obtuvo que en el 2013 un 43% de atenciones fueron por diabetes mellitus no especificada, un 52% fue por diabetes mellitus no insulino dependiente; de estos un 45% de mujeres padecían diabetes no especificada y un 53% diabetes no insulino dependiente en referencia a los varones que tuvieron un 20% y 25% respectivamente; en la ciudad de Ica del total de pacientes diabéticos 115 tenían entre 18 y 29 años, 2408 tenían entre 30 y 59 años y 2176 tenían de 60 a más años.

Dentro de la estancia hospitalaria en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernandez Mendoza se observa diariamente ingreso de pacientes diabéticos a causas de complicaciones causadas por la enfermedad y que son prueba del descuido del cuidado adecuado que se debe de tener como paciente diabético; agregado a esto la falta de educación y sensibilización de los mismos por parte del profesional de salud fomenta la existencia de un autocuidado inadecuado.

Ante los hechos presentados surge la necesidad de dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación del autocuidado con el nivel de afrontamiento diabetes mellitus en pacientes diabéticos, servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza – Ica 2016?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación del autocuidado con el nivel de afrontamiento con la diabetes mellitus del paciente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza – Ica 2016

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1. Caracterizar a la población en estudio por edad, sexo, procedencia, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación.
- 2.2. Valorar el nivel de afrontamiento con la diabetes mellitus.
- 2.3. Determinar el autocuidado brindado a la población en estudio.

C. HIPÓTESIS

El autocuidado está relacionado con el afrontamiento con la diabetes mellitus del paciente hospitalizado en el servicio de medicina Hospital Augusto Hernández Mendoza - Ica 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

VARGAS M. (2012) Panamá. Sostuvo que las necesidades de la salud en el país varían debido a los factores demográficos, socioculturales, económicos y políticos; además encontró que con una fase de validación en la que demuestra que el enfermo de diabetes aumenta la conciencia de la importancia de su tratamiento, mejorando su estado de salud y su calidad de vida. La demostración clínica de estos resultados están sujetos a las manifestaciones propias.

VERA P., AZZOLLINI S. (2012) Buenos Aires. Señalan que los pacientes presentaron una actitud positiva o neutra hacia la enfermedad. Del total un gran porcentaje manifestó tener cuidados inadecuados con lo que respecta a su enfermedad. Del total de pacientes solo la mitad realizan un autocuidado a

conciencia y adecuado. Los hallazgos ponen de manifiesto la importancia de la educación diabetológica relacionada con el componente cognitivo de la actitud. Sin embargo, este factor resulta insuficiente para lograr una adhesión plena a los tratamientos. Los pacientes manifestaron que la diabetes no era impedimento para seguir realizando sus actividades cotidianas menos aún para seguir trabajando.

FERNÁNDEZ A., ABDALA T., ALVARA E., TENORIO G., LÓPEZ E., et al. (2012) México. Concluyen que un 6.6% había recibido capacitación previa sobre su enfermedad; En cuanto al efecto de la intervención educativa en el nivel de conocimientos, se notó un aumento en las puntuaciones entre ambas mediciones. En cuanto al efecto de la intervención educativa en el control metabólico de los pacientes, se notó una disminución entre ambas mediciones en la hemoglobina. La educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que logra un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable y, como consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo.

HERRERA A., ANDRADE Y., HERNANDEZ O., MANRIQUE J., FARIA K., et al. (2012). Cartagena. Realizaron una investigación donde predominó el sexo femenino (68,4%); la unión libre (59,1%); escolaridad (50,6% con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34,7%). Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8% de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100%, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio. Concluyendo 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.

El paciente con Diabetes Mellitus en su gran mayoría demuestra tener

conocimientos inadecuados en relación a su enfermedad y a sus cuidados, por lo que urge tener una participación activa del profesional de enfermería y del entorno social y familiar en busca de mejorar a través de la educación los conocimientos de estos conllevando a su vez a una actitud y practica responsable del autocuidado. Por ello se deben implementar nuevos métodos de educación acordes para estos pacientes ya que la gran mayoría son adultos mayores.

CASTILLO M. (2012). Ica. Realizó una investigación en la que obtuvo que en cuanto al nivel de autocuidado se obtuvo en cada una de sus dimensiones: higiene personal, actividad física, dieta, cumplimiento farmacológico y asistencia al programa como medianamente adecuado 75%; 77.5%; 75%; 87.5%; 70% respectivamente, lo cual en forma global permite consolidar un 67.5% como medianamente adecuado. Conclusión: Los factores socioeconómicos y culturales son desfavorables y el nivel de autocuidado es medianamente adecuado.

GALLARDO U., PUENTES I., VILLALON D., ALONSO A., FIGUEREDO D., ALMEIDA L. (2010) Cuba, informan que la mayoría de los criterios analizados se encontraron respuestas adecuadas en el 70%, con excepción de usar sandalias (29,6%) y aplicar bolsas de agua (61,1%). Existe un número importante de pacientes que desconocen algunos de los riesgos estudiados. Los pacientes sin antecedentes de pie diabético mostraron mejor percepción de riesgos para la mayoría de las situaciones. La percepción de riesgos durante el autocuidado de los pies en los pacientes con diabetes mellitus es insuficiente, lo cual propicia conductas que pudieran aumentar la probabilidad de padecer pie diabético y sufrir amputaciones de miembros inferiores.

ROMERO I., DOS SANTOS M., MARTINS T., ZANETTI M. (2010). México. Encontraron que según los resultados un 33.5%(83) de los pacientes presentaron una buena capacidad de autocuidado y el 66.5%(168) solo una capacidad regular. Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La 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.

VELÁSQUEZ J., AROSTEGUI M., SYLVAIN A., GREGG E., PEÑA R., et al. (2010) Managua, encontraron que el sobrepeso ($IMC \geq 25$) en el 65% del total de los encuestados, siendo las mujeres más afectadas que los hombres (71% y 59% respectivamente). El 33% realiza actividad física baja. Otros factores de riesgo estudiados fueron el tabaquismo y el uso de alcohol. Un 21% de todos los encuestados aceptaron ser fumadores y un 72% aceptaron haber consumido cinco o más bebidas alcohólicas en las cuatro semanas previas a la encuesta con predominio de los hombres de 77,5% versus 60,7% entre las mujeres.

ALVARADO C., SÁNCHEZ C. (2010) Guayaquil. Encontraron que EL respecto al ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico el conocimiento es inadecuado. El conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado los pacientes presentan autocuidados inadecuados. 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.

La capacidad que tienen los pacientes para realizar un autocuidado adecuado es regular, ya que se evidencia por la presencia de sobrepeso, inactividad física, hábitos nocivos y aumento de los niveles de glucosa durante sus controles; esta capacidad está vinculada a múltiples factores que merecen de la atención explícita del profesional de salud ya que con el apoyo brindado así como la educación que necesitan se mejorara la calidad en el autocuidado, aquí radica la importancia de la implementación de programas para adultos con diabetes mellitus.

MONGE C. (2010) Lima. Concluyó que los pacientes consumen de 4 a 5 comidas diarias, consumen dietas bajas en harina, un porcentaje pequeño no la práctica; la mayoría ha bajado de peso desde el inicio de su enfermedad; menos de la mitad practica ejercicios Interdiario, la mayoría acuden a sus controles

médicos: más de la mitad lavan sus pies de 2 a 3 veces a la semana, ninguno presenta heridas sin cicatrizar; los factores de riesgos en los pacientes son altos y el estilo de vida es medianamente favorable.

LEIVA C. (2010). TRUJILLO. En su investigación encontró que el mayor porcentaje (75.0%) de los pacientes adultos diabéticos presentaron un nivel de información buena sobre Diabetes. El 81.25% de los pacientes adultos diabéticos presentaron una calidad de autocuidado buena. No se encontró significación estadística entre la información sobre Diabetes Mellitas Tipo II y calidad de autocuidado en los pacientes adultos. Se elaboraron propuestas con líneas de acción dirigidas a promover medidas preventivas - promocionales y la actualización del conocimiento referente a la Diabetes Mellitus y Calidad de Autocuidado en Pacientes adultos, las que consideran tres líneas de acción: Diagnóstico de la situación de salud a través del registro de evaluación de Diabetes Mellitus, Promoción de actividades organizadas y Promoción, difusión sectorial y educación para la salud integral enfatizando el aspecto preventivo promocional.

CABRERA R, MOTTA I, RODRIGUEZ C, VELÁSQUEZ C. (2009) Chincha. Encontraron que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y 15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. Además, se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.

Dentro de los resultados de las investigaciones se contrasta con la realidad ya que la mitad de la población realiza ejercicios, realizan una dieta adecuada y acuden oportunamente a sus controles, estos resultados escapan de la realidad palpada en nuestro país, se debe hacer énfasis en la educación y evaluación de las prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos.

B. BASE TEÓRICA

AUTOCUIDADO

La palabra cuidar proviene de la palabra coidar, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín cogitare, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación por. Es decir, para cuidar no sólo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico.

Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica estar con' la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio.

Según Orem "la práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad es muy variable de una persona a otra, puesto que depende de la influencia cultural de los grupos sociales, lo que predispone la falta de control y manejo de la enfermedad y a la prevención de complicaciones".

Según Coppard el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales. Desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado, entre otras, el control personal de la temperatura, el pulso o la presión arterial, la realización de actividades físicas con regularidad, el examen periódico de mamas, la asistencia a las citas de salud, la ingestión de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, el abandono del hábito de fumar, el control de la glucosuria y el cumplimiento de dietas especiales.

Orem en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como "la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar"; afirma, por otra parte, que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. De acuerdo con esta autora, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

Orem y Coppard comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado; en tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso.

Las dos concepciones mencionadas sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud, y la rehabilitación. Además, es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser.

La mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para transmitirles a otros. Sin embargo, los profesionales de la salud y los mismos ancianos cuestionan muchas veces esta posibilidad debido a concepciones equivocadas y estereotipos relacionados con la vejez, etapa que se considera sinónimo de incapacidad para aprender, rigidez, enfermedad y pérdida de interés por la vida, entre otras. Afortunadamente esta situación está cambiando y se les ofrece a las personas mayores nuevas oportunidades para continuar su proceso de desarrollo y disfrutar de un bienestar integral. No obstante, para que

el autocuidado se convierta en una alternativa real y eficaz de la atención integral de los ancianos es necesario que los miembros del equipo de salud que trabajan con ellos reconozcan, en primer término, los cambios que se producen a causa del envejecimiento normal y patológico y sus consecuencias en relación con los efectos del aprendizaje, además de los principios de enseñanza aprendizaje de adultos y de las técnicas recomendadas para favorecer la adquisición voluntaria y permanente de conductas de autocuidado de la salud.

El Autocuidado busca que las personas se hagan cargo y acepten mayores responsabilidades en materia del control de aquellos factores que podrían afectar su salud, haciéndose más activas en la incorporación de conductas saludables.

Según Burton el Autocuidado busca que las personas se hagan cargo y acepten mayores responsabilidades en materia del control de aquellos factores que podrían afectar su salud, haciéndose más activas en la incorporación de conductas saludables.

Según Falvo el autocuidado va de la mano con la educación para la salud y conductas de salud propicias para disminuir las complicaciones de alguna patología en los pacientes.

Según Trujillo se refiere a «la planeación, ejecución y seguimiento de aquellos hábitos, rutinas diarias y actividades indispensables para la supervivencia biológica, intelectual y socio-emocional». Dentro de estas actividades se incluye: Baño/aseo, vestido, alimentación, arreglo personal, desplazamiento y cuidado de la salud.

El término autocuidado se refiere a todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades, mejorando sus respectivos estados de salud en busca de la calidad de vida que les permita desempeñar sus roles en su entorno.

Es un término amplio que abarca:

- Higiene (general y personal).
- Nutrición (tipo y calidad de la comida).
- Estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.).
- Factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales, etc.).
- Factores socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.).
- Automedicación.

Modelo de Dorothea Orem

La teoría del Autocuidado expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano); requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo); y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud (llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto o a aprender a vivir con la patología).

En la Teoría General de Orem, la demanda de autocuidado se define como la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona debería realizar para alcanzar los requisitos de autocuidado. Si la demanda es superior a la capacidad de la persona surge el déficit de autocuidado. La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas que se proponen son: el sistema totalmente compensatorio, el sistema

parcialmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

Orem destaca como avances en el desarrollo teórico e investigativo del modelo: la identificación de conceptos y la evidencia de la interrelación entre los mismos, la aplicación del modelo en diversas situaciones de la práctica de enfermería. Considera como un reto llegar a establecer modelos específicos para poblaciones sujeto de la práctica profesional. Así, Orem ratifica su consideración de la enfermería como una “ciencia práctica”.

Para Orem, la persona es un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. Unidad que posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano. El entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Ve la salud como un estado y establece “salud es un término que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos”.

Dentro de su trayectoria como teorista Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo, en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. Particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formulación de su teoría. La teoría general de Orem está integrada por tres

teorías: Teoría del Autocuidado, Teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

Teoría del déficit de autocuidado

Es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

La teoría propuesta por Orem establece un marco general para dirigir las acciones de enfermería y establece como se aplican las acciones por sistemas. Esta teoría dirige la práctica hacia una meta basada en la cantidad y el tipo de agencia de enfermería (capacidades y habilidades de la enfermera).

Teoría de Déficit del Autocuidado

Las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. Es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.

El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

Los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen

para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos.

El déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

Los déficit de autocuidado se identifican como completos cuando no hay capacidad para satisfacer la demanda de cuidado terapéutico; o parciales que pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de cuidado terapéutico.

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en un futuro) y lo que debería hacerse para satisfacerlos. Es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia de que existe un déficit de autocuidado:

1. Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
2. Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
3. Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.
4. Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas o externas.

5. Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
6. Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.

Teoría de los sistemas enfermeros

Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Se organizan según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera, de la siguiente manera: sistema completamente compensador, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo.

Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos.

Sistema de enfermería se denomina a la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan.

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes situaciones:

1. El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, por ejemplo cuando está en coma.
2. El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulación o movimientos de manipulación.
3. El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular.

El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorio es:

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
2. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Las enfermeras no sólo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarias en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de la desviación de la salud.

Parcialmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

Este sistema de enfermería es apropiado en las siguientes situaciones:

1. El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos.
2. El paciente tiene un déficit de conocimientos o habilidades, o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
3. El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar, o aprender a realizar conductas de autocuidado.

El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio incluye:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
2. Compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente.
3. Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).
2. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

De apoyo/educación. Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente

necesita ayuda de enfermería.

El papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias.

El papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.

Teoría de Dorothea Orem aplicado a la enfermería

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos

de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo,

para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

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.

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para

tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Desde la perspectiva de la educación, es necesario promover el autocuidado en los pacientes, lo cual contribuiría a fortalecer la capacidad para afrontar los problemas o limitaciones que genera la enfermedad y a la adopción de un estilo de vida saludable. Respecto al autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem es de gran alcance y utilizada en diversos campos de acción de la enfermería como la docencia, investigación y la asistencia; además sirve

de sustento en la planificación y ejecución de actividades de autocuidado, porque proporciona el fundamento científico que guía la atención, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes. Esta teoría contempla tres sub teorías interrelacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería Orem define el autocuidado como las prácticas de actividades que las personas maduran a través del tiempo y llevan a cabo, con el interés de mantener un funcionamiento sano para continuar con el desarrollo personal y bienestar.

La capacidad de autocuidado o agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación.

Los tipos de habilidades para el autocuidado desarrolladas por Orem y la Nursing Development Conference Group, son capacidades fundamentales y disposición, componentes de poder y posibilidades para operaciones de autocuidado. Los componentes de poder facilitan las acciones de autocuidado.

Orem formuló 10 componentes Orem formuló 10 componentes de poder para el autocuidado:

1. Máxima atención y vigilancia respecto a sí mismo como agente de autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las acciones de autocuidado.
3. Control de la posición del cuerpo y sus partes.
4. Razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado.
5. Motivación o metas orientadas hacia el autocuidado.

6. Toma de decisiones sobre autocuidado.
7. Adquisición, conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado.
8. Repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.
9. Orden discreto de las acciones de autocuidado.
10. Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

Análisis filosófico de la teoría de Dorothea Orem

El cuidado es una forma de ser humano, tiene un significado a partir del trato entre hombres, es por eso que el ser humano nace con la esencia del cuidado, significa que todas las personas son capaces de cuidar, pero la cuidadora debe estar sensibilizada y habilitada para ayudar y apoyar durante estas circunstancias vulnerables como la enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento a nuestro ocasional paciente o ser humano que este bajo nuestro cuidado. El cuidar es un proceso interactivo, solo se establece en la relación con el otro para esto el significado del cuidar, engloba una dimensión amplia que incluye una compleja naturaleza filosófica-antropológica. El cuidado es la esencia humana del ser, compone la naturaleza, el venir a ser humano; por lo tanto, se asume una dimensión existencial.

Tomando las ideas de los diversos psicólogos y filósofos, se puede concluir que el cuidado es una forma de ser hombre y que este nace a partir a cada uno, ya que todos nosotros tenemos el potencial de cuidado es decir que en nuestras vidas el cuidado siempre está presente por naturaleza.

Es más, si se habla de autocuidado se debe explicar que también el ser humano como tiene la capacidad de cuidar a los demás; también tiene la capacidad e cuidarse a si mismo en todos los aspectos, físicos y psicológicos, la esencia de buscar el bien para los demás debe ser también el inicio para realizarlo a nosotros mismos.

Se trata de una teoría, aunque se puede encontrar un parecido con la filosofía debido a que tiene una visión de realismo, que describe la visión de los seres humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como cualidades esenciales de los seres humanos.”

Trata de la resolución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con una investigación no empírica, donde la cual Dorothea ha observado durante toda su carrera. Además, ella misma ha dicho que han sido sus propias conclusiones, que no han surgido de ningún otro autor, por lo tanto, no puede ser una metateoría.

Cuando se realiza la valoración ética de un modelo de enfermería es imprescindible el análisis de sus principales definiciones y fundamentalmente las referentes a la propia función de enfermería, ya que estas definiciones reflejan los principios éticos que guían la actuación de esta profesión. En el modelo de Orem es pertinente partir de que para ella el arte de enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y a aprender por sí misma.

De aquí se puede reconocer principios éticos que regulan el ejercicio enfermero, en los que la función de la enfermera es ayudar, no sustituir la adopción de decisiones, fuerzas o conocimientos de la persona, a pesar de que si ésta está totalmente incapacitada, la enfermera puede asumir el autocuidado, pero con carácter temporal para facilitar la recuperación de la determinación de la persona y su más rápida independencia; la base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado. Esto se lleva a la práctica con la teoría de sistemas de enfermería diseñada por Orem, con acciones por parte del profesional de enfermería y acciones por parte de la persona que requiere autocuidado, siendo el individuo, la familia, el protagonista de su proceso. En este modelo se hace evidente que la función de la enfermera es solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado; de esta forma, Orem ve al individuo como un ser autónomo, con capacidad de autocuidarse

mientras objetivamente no se demuestre lo contrario, para ser capaz de adoptar sus propias decisiones en materia de salud. Creer en ello, significa que la enfermera profesional respeta a la persona y las elecciones que ésta pueda hacer como ser racional ya que la interferencia en la autonomía de un individuo resulta perjudicial para su recuperación. La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo.

Otro elemento ético que se trata en el modelo de Orem es que la enfermera tiene la obligación y responsabilidad de brindar atención segura y competente cuando asume su papel dentro de un marco de relación interpersonal con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado. Orem tiene en cuenta dentro de la actividad de la enfermera en la satisfacción de demandas de autocuidado terapéutico, requisitos en el orden biológico respiración, alimentación, eliminación, actividad y reposo, en la interacción social y el desarrollo personal dentro de grupos sociales. Esta integralidad en el cuidado enfermero implica respeto a la dignidad humana, y permite al individuo adoptar sus propias decisiones con tolerancia, cumpliendo el principio de consentimiento informado, confidencialidad, respeto por sus creencias, veracidad, intimidad y otros.

La enfermera, según Orem, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.

El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida, propiciando intimidad y tratándolo con dignidad, mientras realiza las actividades de autocuidados; otro principio de los cuidados enfermeros del modelo de Orem con un alto contenido ético es el referente a que el autocuidado no implica permitir a

la persona que haga cosas por sí misma, según lo planifica la enfermera, sino animar, orientar y enseñar a la persona para que haga sus propios planes en función de la vida diaria óptima; al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima del individuo.

Se puede valorar que el modelo de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, ya que la meta que la enfermera se plantea utilizando el modelo está dada por asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado.

Se considera que la esencia es brindar cuidados profesionales al individuo, familia y comunidad; para lograr esto es necesario que este profesional tenga en cuenta los aspectos y principios éticos de su actividad que complementados con la ciencia y la técnica determinan su carácter profesional. El ser una enfermera profesional implica un desarrollo continuo ascendente en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de la Ciencia de la Enfermería, que al integrarse a normas, código legales, éticos y morales caracterizan al profesional de la enfermería en la medida en que se desarrolla la profesión; asimismo, estamos obligados a desarrollar, enriquecer el contenido real de las normas de exigencias del código ético de la enfermería. La Teoría de Orem orienta cómo deben ser las relaciones entre LOS ENFERMEROS y el individuo con necesidad de autocuidado, teniendo un papel fundamental y activo el individuo, evidenciándose valores éticos de la profesión enfermera, tales como: respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería.

AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

Higiene personal

Las personas con diabetes están en riesgo de sufrir lesiones en los pies debido a la probabilidad de daño a los vasos sanguíneos y a los nervios, y a la disminución de la capacidad para combatir la enfermedad. Los problemas con el

flujo sanguíneo y el daño a los nervios pueden hacer que no se perciba una lesión en los pies hasta cuando se desarrolle infección; es decir; estos cambios pueden resultar en disminución de la capacidad para sentir un trauma o la presión en los pies. Puede presentarse muerte de la piel y otro tejido. Si no se trata, es posible que sea necesario amputar el pie afectado.

Las personas con diabetes son propensas a tener problemas en los pies, debido a las complicaciones que se presentan.

Para prevenir las lesiones en los pies, los diabéticos deben adoptar una rutina diaria de revisión y cuidado de los pies, de la siguiente manera:

El paciente diabético debe de mantener una adecuada higiene en los pies; para ello es necesario el lavado con abundante agua preferentemente tibia y jabón, usando cepillos bien suaves, secarlos bien y después observar las uñas, las plantas, entre los dedos y las callosidades.

El corte de las uñas debe ser en forma recta, en el caso de la mujer no debe pintarse las uñas; pues de esta manera enmascara cualquier cambio de coloración, que es la primera señal de alarma vascular y además son frecuentes las micosis en las uñas. Se debe quitarse los zapatos y las medias durante la visita al médico y recordarle que los examine. Cambiar las medias diariamente, lavarlas, hervirlas una vez por semana, no debe tener elástico y que no sean de algodón o lana. Desinfectar los zapatos, limpiarlos por dentro, colocarlos al sol y después agregarle un talco antiséptico.

Los zapatos deben de comprarse medio número más grande y deben de reconocerse por dentro antes de usarlo; para así comprobar que no tengan costuras ni puntillas que afecten el cuidado de los pies; pues estos son muy sensibles y pueden ocasionar graves consecuencias.

Nunca se debe de andar descalzos, ni en la casa, ni en la playa, ni en el baño, pues pueden ocurrir traumatismos a causa de la pérdida de la sensibilidad en los pies de los mismos.

Realizar ejercicios con los pies para promover una buena circulación. Si requiere del uso de zapatos ortopédicos, siempre debe de llevar medias. Nunca debe de colocar bolsas de agua caliente para calentarse los pies; en este caso utilizar varias medias.

Si los pies están resecos y tienen necesidad de usar cremas, nunca aplique entre los dedos porque maceran. Nunca se debe cortar los callos ni aplicarse sustancias cáusticas como yodo o que pinten como el mercurio cromo, violeta genciana o rojo aceptil; porque no se ve cualquier cambio de coloración en la piel del pie; ya que un cambio de color en el pie es señal de alarma. No se debe reventar ampollas; en caso de que le salga alguna, acudir de inmediato al médico, así como visitar a un podiatra para que identifique problemas en los pies o para que extirpe callos en los mismos.

Actividad física

La actividad física debe formar parte integral del plan de tratamiento para la diabetes tipo 2 y de la prevención de la diabetes en toda persona que sabe que tiene trastorno de la tolerancia a la glucosa, o trastorno de la glucosa en ayuno. Debe prescribirse el ejercicio tan pronto como sea posible en el tratamiento de la enfermedad.

Por lo general, no se aconseja el entrenamiento de resistencia para las personas con diabetes tipo 2 cuya presión arterial se controla deficientemente. Como una regla, debe apoyarse el ejercicio aeróbico en la diabetes tipo 2, siempre que la intensidad del ejercicio se adapta a las condiciones individuales. Dependiendo de la edad cada vez más avanzada y de la duración de la diabetes, se prefiere el ejercicio con una intensidad leve a moderada, mientras que las formas intensas del ejercicio son aconsejables solo para aquellos cuyo buen estado físico cardiovascular sea óptimo.

Cuidado dietético

1. La alimentación sana previene el desarrollo de la diabetes, y en caso de tenerla retrasa y/o evita la aparición de complicaciones debidas a la misma.

Las modificaciones en el estilo de vida son fundamentales para retrasar el desarrollo de diabetes, siendo fundamentales la dieta y el ejercicio. Hoy se sabe que la dieta y el ejercicio son más importantes que los fármacos, en la prevención de la diabetes tipo 2. Hacer una alimentación sana en las personas con diabetes ayuda a mejorar el control del azúcar y con ello aumenta la sensación de bienestar.

2. La alimentación del diabético es igual a la de cualquier persona que haga una dieta sana. Las personas con diabetes pueden consumir los mismos alimentos que el resto de la familia. Todos se benefician al alimentarse de manera saludable, por lo que toda la familia puede adoptar un plan de alimentación saludable. La dieta saludable es una forma de alimentarse que reduce el riesgo de presentar complicaciones tales como enfermedad cardíaca y derrame cerebral. La alimentación debe de ser equilibrada; esto quiere decir que se debe planificar la alimentación.

Así el consumo diario de los alimentos debería incluir lo siguiente:

4-6 porciones o medidas de cereales, pan, pasta, legumbres, 3-5 porciones de vegetales, 2-4 porciones de frutas, 2-3 porciones de leche, yogurt o queso, 2-3 porciones de alimentos que contienen proteína (carne, pescado, huevo). Cantidades pequeñas de grasas y aceites. Cantidades pequeñas de comidas dulces.

3. La alimentación debe ser repartida a lo largo del día, evitando comidas copiosas que elevan la glucosa. Para ello se aconseja realizar 5 tomas (desayuno, media-mañana, comida, merienda y cena).
4. La alimentación debe llevar al peso ideal. Se debe compaginar la dieta con el ejercicio y si estos no son suficientes para controlar la diabetes se añadirán fármacos, sin abandonar la dieta. Los fármacos sin dieta no mejoran el control del diabético. El aumento de peso favorece la aparición de diabetes. La dieta debe contribuir a mantenerse en normo peso o corregir el exceso de peso si existe ya que el sobrepeso empeora notablemente los

niveles de azúcar. Cuando existe un exceso de peso (índice de masa corporal >25 kg/m²) será necesario reducir las kilocalorías diarias en torno a 250-500 Kcal/día. El ejercicio no sólo hace que disminuyan los niveles de azúcar del organismo y se tenga menos grasa, sino que mejora también la tensión arterial.

5. La alimentación debe ayudar a mantener el control de azúcar. Por eso se recomienda no consumir los alimentos ricos en azúcares simples (azúcar, productos de pastelería), porque estos hidratos de carbono se absorben muy rápidamente y producen un pico de glucosa. Si se quiere disfrutar del sabor dulce sin elevar los niveles de azúcar, se pueden utilizar edulcorantes. No se debe abusar de pasteles, dulces, azúcar y helados, por su absorción rápida y elevación del azúcar en sangre. Para endulzar las comidas se puede usar azúcar y otros edulcorantes con contenido calórico, como miel, azúcar negra, melaza, fructosa, azúcar de caña y azúcar impalpable. Pero se deben elegir edulcorantes de bajas calorías como aspartamo, sacarina y ciclamato.
6. Se aconseja el consumo de pastas "al denté" y cereales integrales. Algunos carbohidratos también tienen un índice glucémico bajo: legumbre, pasta, patata o arroz.
7. El alcohol no está prohibido, pero aporta calorías malas, debiéndose valorar su utilización según la situación. Las cervezas, con y sin alcohol, tienen azúcar y no debe abusarse de ellas. Se deben evitar bebidas con elevados grados de alcohol (anís, coñac, whisky, ginebra). Se puede beber 1 vaso de vino durante la comida.
8. Con la sal y productos en conserva hay que tener cuidado sobre todo si se tiene la tensión alta ya que son ricos en sal.

Se debe restringir el consumo de sal cuando existe hipertensión arterial. La diabetes no requiere una restricción especial en el contenido de sal de la dieta, se aconseja menos de 3g día, como en cualquier dieta sana, debiéndose tener cuidado con productos de conserva por los niveles elevado de sodio.

9. La fibra es buena. Sin embargo, el colesterol se debe de controlar en la dieta para evitar tenerlo alto. Se deben utilizar verduras en la dieta por ser ricas en fibra. La fruta además de necesaria cuanto más verde tendrá menos azúcar y más fibra. Utilizar aceite de oliva en vez de mantequilla, para controlar el colesterol. Quitar la piel del pollo y la grasa de la carne y limitar el consumo de embutidos es recomendable. Se debe elegir leche y yogurt desnatado y queso fresco. Todo ello para controlar las grasas de la dieta.
10. Los alimentos cocinados se deben de hacer de manera sencilla: a la plancha, cocidos, al vapor, etc., evitando guisos, salsas, sopas grasas, rellenos, carnes empanadas.
11. Se debe comer correctamente para favorecer el correcto desarrollo del organismo, aportando los nutrientes esenciales energéticos y no energéticos (HC, lípidos, proteínas, minerales y vitaminas) que necesita cada persona según la edad, sexo, actividad física y situación personal. Es decir “Comer de todo sin abusar de nada”

Cumplimiento farmacológico

El tratamiento del enfermo diabético está encaminado básicamente a conseguir el descenso de los niveles de glucemia hasta valores próximos a la normalidad, siempre que esto sea posible, ya que los estudios indican que el control glucémico se relaciona con una mayor supervivencia y menor incidencia de complicaciones derivadas. Aunque para cada paciente es preciso establecer unos objetivos concretos e individuales, adaptados a las características de cada paciente, de manera general los objetivos de tratamiento del paciente diabético deber estar orientados a lograr:

- La ausencia de síntomas diabéticos, derivados de la hiperglucemia.
- La prevención de las complicaciones agudas.
- La prevención de las complicaciones crónicas (macro y microangiopatía).
- La expectativa y calidad de vida de un individuo sin diabetes.

- La disminución de hipoglucemias y síntomas asociados.
- El control de las enfermedades asociadas.
- Mantener el peso adecuado.

En cuanto a los niveles de glucemia a alcanzar, estos deben ser más estrictos en las personas de menos edad puesto que tienen más posibilidades de desarrollar cualquiera de las complicaciones diabéticas. En personas mayores de 75 años o con una esperanza de vida muy limitada no es necesario, e incluso puede llegar a ser contraproducente, intentar alcanzar una normalidad glucémica estricta. Estos pacientes obtienen, para su calidad de vida, un mayor beneficio de pequeñas mejoras en el control glucémico.

Además de las insulinas, el arsenal terapéutico cuenta con diferentes fármacos para el tratamiento de la DM que nos permiten actuar a distintos niveles. Se tiene por un lado medicamentos que disminuyen la producción hepática de glucosa, otros que actúan estimulando la liberación de insulina preformada en el páncreas, o los que mejoran la sensibilidad a la acción insulínica, o bien que actúan enlenteciendo la absorción de hidratos de carbono.

El fármaco de elección en DM tipo 1 es la insulina. También se requiere este tratamiento en pacientes embarazadas con diagnóstico de DMG y en caso de cetonuria intensa o glucemias ≥ 250 mg/dl.

En el caso de la DM tipo 2, el tipo de tratamiento indicado para cada paciente depende de ciertos factores, entre los que se incluyen la progresión de la enfermedad, la sensibilidad a la insulina, la aparición de hipoglucemia y si esta es fundamentalmente postprandial, etc.

La metformina es el fármaco de elección en ancianos obesos ya que ayuda a reducir peso a la vez que aumenta la sensibilidad a la insulina. La edad no parece aumentar el riesgo de producir acidosis láctica en mayor medida.

Las sulfonilureas deberían considerarse como fármacos de primera elección en ancianos delgados.

El riesgo de hipoglucemia es menor con la Tolbutamida, la Glicazida y la Glipizida.

Finalmente, a la hora de utilizar insulinas se prefieren insulinas premezcladas y en dispositivos auto inyectores, para facilitar su manipulación y uso y se prefieren pautas de administración de 1-2 inyecciones al día, para facilitar el cumplimiento. Hay que tener en cuenta factores como la destreza y los problemas visuales.

Criterios de utilización de antidiabéticos orales

Los antidiabéticos orales presentan mecanismos de acción diferentes que inciden sobre diversos factores causantes de la hiperglucemia en la DM tipo 2. El tratamiento de los pacientes con DM tipo 2 depende de varios factores que influyen sobre el fármaco a usar: progresión de la enfermedad, sensibilidad a la insulina, hipoglucemias, hiperglucemia postprandial, etc.

En el algoritmo de tratamiento para la DM tipo 2 consensuado entre la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Europea para el estudio de la Diabetes, se prioriza la utilización de insulina en lugar de un tercer antidiabético oral, entre otras novedades, como la recomendación de comenzar con la modificación de los hábitos y la administración de metformina desde el principio, aunque el paciente no tenga sobrepeso, que no es lo habitual.

Aunque los criterios de utilización de antidiabéticos orales no son uniformes, en general se emplea un criterio escalonado, como el siguiente:

Pacientes con DM tipo 2 en los que es insuficiente el control de la dieta y el ejercicio y presentan normo peso o ligero sobrepeso: se inicia el tratamiento con sulfonilureas. Se comienza con dosis bajas, aumentándolas gradualmente con controles semanales, hasta conseguir niveles óptimos. Actualmente puede recurrirse a las meglitinidas o iniciarse monoterapia con glitazonas.

Pacientes con DM tipo 2 en los que es insuficiente el control de la dieta y ejercicio y presentan sobrepeso: son candidatos al tratamiento con Metformina.

Pacientes en los que la monoterapia es insuficiente: puede ensayarse el tratamiento combinado antes de iniciar la insulinoterapia, utilizando fármacos con mecanismos hipoglucemiantes complementarios. Pueden ensayarse varias combinaciones:

- Inhibidor de dipeptidilpeptidasa-4 (DPP-4) + Metformina, tiazolidinodionas o sulfonilureas: facilitan el control glucémico en aquellos pacientes mal controlados con antidiabéticos oral convencional. Tienen un riesgo bajo de hipoglucemia y escasa incidencia sobre el peso de los pacientes.
- Sulfonilurea + Metformina: mecanismos de acción sinérgicos: más del 50%de los pacientes no controlados con dosis altas de sulfonilurea mejoran con la adición de metformina. La terapia combinada debe administrarse durante unos 6 meses. Si no se consiguen los objetivos deseados, se debe añadir o sustituir por insulina.
- Sulfonilurea + tiazolidinodionas: los estudios realizados demuestran una eficacia similar a la asociación anterior.
- Repaglinida + Metformina: la adición de repaglinida al tratamiento con metformina es altamente eficaz en sujetos no controlados.
- Antidiabético oral + insulina (o exenatida): pacientes con requerimientos no elevados de insulina se pueden beneficiar. La exenatida facilita la reducción del peso de los pacientes, mientras que las insulinas tienden a incrementarlo. Esto debe ser considerado en pacientes obesos o con claras tendencias al sobrepeso.

Las combinaciones más utilizadas:

Insulina + sulfonilurea: para que sea eficaz es imprescindible una secreción endógena de insulina. Se consigue una reducción de las dosis de insulina y de los niveles de insulina circulante. En general, con la terapia combinada se puede conseguir un mejor control que con insulina sola, pero no es tan bueno como intensificar el tratamiento de insulina.

Insulina + Metformina: esta asociación puede ser eficaz en pacientes mal controlados con insulina sola, después de un fracaso con sulfonilureas. Además, la metformina no agrava la hiperinsulinemia.

Insulina + metiglinida: existen estudios en los que se ha comprobado la eficacia de la combinación de una metiglinida con la inyección nocturna de insulina. Pacientes con glucemias postprandiales elevadas: los inhibidores de ladipeptidilpeptidasa-4, los de las α -glucosidasas y las metiglinidas son especialmente indicados en este tipo de pacientes, atendiendo a su mecanismo de acción.

Asistencia al programa

La asistencia al programa implica controles médicos y de enfermería. Una parte fundamental del tratamiento de la diabetes es la relacionada con los controles periódicos, no sólo en relación con la realización de pruebas analíticas que permitan afirmar o modificar el resto del tratamiento sino las relacionadas con la detección precoz de complicaciones de la enfermedad. Esto incluye detección precoz de la retinopatía diabética mediante el examen periódico del fondo de ojo por un profesional competente, detección de micro albuminuria para cribado de daño renal, control periódico de la tensión arterial, evaluación del riesgo cardiovascular global con las pruebas que sean necesaria etc.

Los controles periódicos deben servir al paciente diabético y al profesional que le atiende para evaluar los objetivos fijados y reajustarlos.

El equipo de profesionales que trata a un paciente con diabetes, deberá establecer de acuerdo con el propio paciente, las pautas y objetivos a alcanzar en cada una de estas áreas, ajustándose todo lo posible a las preferencias del propio paciente y haciéndole participe de los objetivos y resultados obtenidos, buscando la forma más factible de remover obstáculos y promover actitudes que permitan alcanzar un buen control. El paciente diabético tiene que asumir una responsabilidad en el control diario de su enfermedad superior a la que asumen otros pacientes en otras patologías. Es por lo tanto fundamental que comprenda

la enfermedad, cómo tratarla, que conozca la base de la terapia con insulina y su uso, los hábitos de vida más saludables, etc.

El periodo entre la evaluación inicial y visita subsecuente es individual y se determinará de acuerdo con el estado metabólico y clínico inicial del paciente y de la terapia instituida. Ante la presencia de complicaciones en el diabético derivar al especialista competente.

Control cada 60 a 90 días

La periodicidad de los controles médicos y de laboratorio depende de la necesidad de cada paciente. Lo ideal es realizar mínimo un control cada 3 meses.

Control Anual

Examen físico y pruebas de laboratorio similares a los de evaluación inicial para reevaluar el tratamiento.

Control oftalmológico que comprende tres estudios básicos: agudeza visual (siempre con paciente metabólicamente compensado), fondo de ojo y tonometría.

Considerar, de ser necesario, la realización de examen cardiológico vascular periférico y neurológico.

Evaluación psicosocial. Los diabéticos que presenten alteraciones psicosociales que influyan en el buen control metabólico y en el manejo de la enfermedad, deben derivarse al educador en diabetes, trabajo social y/o psicológico clínico.

Examen de glucemia

Es un examen que mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre.

La glucosa es una fuente importante de energía para la mayoría de las células

del cuerpo, incluidas las del cerebro. Los carbohidratos que se encuentran en las frutas, los cereales, el pan, la pasta y el arroz se transforman rápidamente en glucosa en el cuerpo, lo que eleva el nivel de dicho azúcar en la sangre.

Las hormonas producidas en el cuerpo llamadas insulina y glucagón ayudan a controlar los niveles de azúcar en la sangre.

Educación al paciente diabético

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende.

La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al paciente las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial, ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado. La educación del paciente con diabetes, proceso donde se integra toda la formación e información contenida en todos los puntos antes reseñados, se ha revelado como una de las acciones más efectivas para conseguir los objetivos de un buen control de la enfermedad. Ha demostrado ser la medida más eficaz para conseguir un control metabólico óptimo.

La educación grupal no debe exceder los 20 minutos, debe ser dinámica, permitiendo la participación para hacerlas más ágiles; siempre deben ser seguidas de un intercambio de preguntas y respuestas destinadas a permitir que los mismos pacientes encuentren las soluciones y canalicen su ansiedad.

Las técnicas educativas que utilizar pueden ser variadas, tales como: lluvia de ideas, exposición dialogada entre otras.

Importancia de la educación en diabetes

La educación en el paciente con diabetes, así como para cualquier persona que padece una enfermedad crónica, se considera fundamental.

Las personas con diabetes utilicen o no insulina, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad, sus causas y consecuencias y sepan cómo tratarla.

Además, resulta esencial para el manejo adecuado del plan alimentario, la administración diaria de la medicación antidiabética, y la prevención de complicaciones agudas (por ejemplo, hipoglucemias) o crónicas (retinopatía, pie diabético, etc.).

El objetivo de la educación de las personas con diabetes es mejorar el conocimiento y las habilidades sobre el cuidado de la Diabetes, capacitándolas para asumir el control e integrar el manejo de la enfermedad en la vida cotidiana.

Algunos objetivos específicos de la educación en diabetes son:

- Control de factores de riesgo (sobrepeso, lípidos, tensión arterial y tabaquismo).
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético.
- Control glucémico – Automonitoreo.
- Involucrar al paciente en sus propios cuidados y favorecer su autonomía (autocontrol).
- Promoción de hábitos saludables: plan de alimentación y actividad física.
- Adherencia a la medicación.

La evidencia demuestra que:

- La Educación en diabetes mejora el control glucémico y puede tener un impacto beneficioso sobre otros factores de riesgo (sobrepeso, sedentarismo, etc.)
- Las intervenciones que consideran un papel activo de los pacientes para la toma de decisiones mejoran los autocuidados y el control glucémico (HbA_{1c}).
- El entrenamiento grupal sobre estrategias de autocuidado en personas con diabetes también es muy eficaz para mejorar el control glucémico, el conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado.

Educar no resulta una tarea sencilla. Existen diferentes metodologías, según se trate de niños o de adultos, de diabéticos tratados con insulina o con antidiabéticos orales o del nivel socio-cultural del paciente, pero en general, son las intervenciones que consideran un papel activo de los pacientes para tomar decisiones las que logran un mayor éxito en el autocuidado y control metabólico.

A las personas con diabetes se les debería ofrecer una educación estructurada en el momento del diagnóstico y, después, de forma continuada, en función de sus necesidades periódicamente revisadas. Se recomienda utilizar una variedad de técnicas de aprendizaje, adaptadas a las preferencias personales e integradas en la rutina de los cuidados habituales a lo largo del tiempo y a cargo de profesionales entrenados.

Todo acto médico en diabetes debería tener un espacio dedicado a la educación del paciente. Por otra parte, se debe aprovechar siempre cada ocasión para hacer extensiva la educación diabetológica a todo el grupo familiar, escolar o laboral y a la comunidad en general, trabajando así en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

DIABETES MELLITUS

Etimología

La palabra diabetes procede del griego y significa "orinar mucho", que es la principal característica de esta enfermedad. El término Mellitus quiere decir "miel", que es otra de las manifestaciones, ya que la orina tiene gran cantidad de azúcar.

La terminología médica, al igual que otros lenguajes especializados de larga tradición, es un producto histórico en cuya formación intervienen factores científicos, lingüísticos, culturales y sociales. Es el sedimento lingüístico de los saberes y prácticas sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y su curación y prevención, acumulados durante más de dos milenios de medicina occidental. Muchos de los términos médicos que hoy emplean los profesionales en su comunicación especializada son el resultado de la evolución histórica de la ciencia médica y de la lengua. En este trabajo analizaremos el caso concreto de diabetes, que es un buen ejemplo de término que ha sufrido significativos cambios formales y conceptuales a lo largo de varios siglos, con objeto de mostrar que la terminología médica posee una importante dimensión histórica y cultural. La exposición constará de dos partes: en la primera abordaremos el origen y evolución histórica del término, y en la segunda se revisará el tratamiento que diabetes recibe en varios diccionarios generales de la lengua, con objeto de analizar, a través de este caso concreto, la forma en que la lexicografía describe la terminología científica.

Origen y evolución del término diabetes

El término diabetes procede del griego diabétes, que a su vez deriva del verbo diabaíno 'caminar', formado a partir del prefijo dia-, 'a través de', y báino, 'andar, pasar'. Originariamente la palabra diabetes significaba en griego compás, y era una metáfora basada en la semejanza del compás abierto con una persona andando, que tiene las piernas colocadas en posición de dar un paso. En patología, para referirse a la enfermedad caracterizada por la poliuria, empieza a

usarse en el siglo I d. de C. por Areteo de Capadocia, que emplea diabetes en el sentido etimológico de 'tránsito, paso', aludiendo a la excesiva expulsión de orina, que era el primer síntoma conocido de la enfermedad. Se nombró la dolencia con una palabra que hiciera alusión al paso de líquido desde la ingestión hasta la micción. Es, sin embargo, el escritor romano Celso el primer autor que describe la enfermedad, en el siglo I a. de C., designándola con el nombre de *urinae nimia profusio* (flujo de orina) y observando que la orina se evacua sin dolor y va acompañada de fuerte demacración. Galeno (siglo II d. de C.), además del término diabetes, emplea las denominaciones *dipsacon* (de *dípsa* 'sed', por la insaciable necesidad de beber que caracteriza a los diabéticos) y diarrea de orina, y considera que la dolencia se debe a una debilidad de los riñones.

La descripción de Areteo y Galeno perduró durante varias centurias, hasta que en los siglos XVIII y XIX se empezaron a incorporar las nuevas observaciones y conocimientos. A lo largo de estas centurias, el concepto de diabetes era un tanto impreciso, pues el término se utilizaba con varios sentidos; en primer lugar, se aplicaba de forma genérica para designar toda expulsión abundante de orina, sin importar el estado químico del líquido excretado ni atender a otros síntomas concomitantes; en este sentido, la palabra diabetes se usaba como sinónimo de poliuria. Asimismo, había autores que empleaban el término para denominar la expulsión de orina azucarada —descubierta a fines del siglo XVIII—, independientemente de su cantidad y composición. Por último, el término se empleaba más propiamente con el significado que recoge la precisa definición que Manuel Hurtado de Mendoza (1840) ofrece en su diccionario:

Se designa con este nombre una enfermedad caracterizada por un aumento considerable y alteración manifiesta en la secreción de orina, acompañada de sed viva y enflaquecimiento progresivo.

Asimismo, Calderón refiere que la diabetes es una enfermedad caracterizada por elevaciones crónicas de glucosa en la sangre, la cual es la principal fuente de energía, cuyos valores normales son entre 70 y 100 mg/dl. Esta elevación se debe a la falta total de producción de insulina por el páncreas o la falta de acción

insulínica en los tejidos. La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina.

EPISTEMOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus seguramente existe desde hace milenios, pero tal vez nunca tuvo tanta relevancia por las características de la sociedad occidental, como en nuestro tiempo. La transición demográfica y epidemiológica de las poblaciones de los países de mayor desarrollo relativo ha traído un cambio en las costumbres alimentarias y de actividad física, junto con modificaciones genéticas y ambientales, que han ido progresivamente dando mayor relevancia a la expresión de esta noxa. Por ello es interesante hacer un repaso rápido de los antecedentes en la historia de la medicina, para considerar cómo se han ido incorporando esos avances.

La ciencia de la diabetes se describe a través de experiencias propias de investigadores médicos en todo el mundo, demostrando y descubriendo las causas de la enfermedad, así como su sintomatología.

LA DIABETES MELLITUS EN LA SOCIEDAD

En las últimas décadas, la significación de lo social se ha convertido en piedra angular de los enfoques más avanzados sobre la interpretación causal de las enfermedades, de forma tal, que se considera que la salud y la enfermedad conforman fenómenos que traducen las formas concretas de vida de cada persona y grupos de población y dependen de los resultados que sobre ellos ejercen un conjunto integral de complejos factores biológicos, naturales y sociales.

La comprobación de los factores sociales en la causalidad de las enfermedades significa un paso importante en la solución adecuada de la relación entre lo biológico y lo social en el hombre, que depende de la comprensión de lo social. Este fundamento filosófico es la base necesaria de una medicina que deja de ser curativa para ser preventiva y que apunta a la promoción de salud y a la idea de

la responsabilidad individual con respecto a la salud.

En otras palabras, transitar de un paradigma biologicista a un paradigma médico social, en donde la ciencia y la tecnología se desarrollan desde los preceptos de la ética médica: "no haré daño", "actuaré en beneficio no solo del enfermo sino de la sociedad misma", juntamente con los principios bioéticos de "justicia y autonomía" y la incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializan este proceso de tránsito.

Henry E. Sigerist plantea en sus escritos, que para el individuo la enfermedad no es solo un proceso biológico, sino una experiencia que puede afectar su vida y sus actos. Igualmente hay predisposición hereditaria, adquirida con gran influencia en el modo de vivir, donde la religión, la educación, las condiciones sociales y económicas, son factores que determinan la actitud del hombre hacia la vida y afectan la forma individual de enfermar.

Por su parte, Asa Cristina Laurell expone que la salud y la enfermedad son realidades que ocurren en una sociedad y en una cultura, por lo tanto, tienen carácter histórico y social; en resumen, ubica a la salud como un proceso social.

En este contexto, Berlinguer asume que, en los problemas de salud, la Unión Europea ha producido buenos principios técnicos sobre la salud y la seguridad en el trabajo, los estándares medioambientales, reglas para la calidad de los fármacos y la seguridad de la alimentación, pero a nivel político, los enfoques siguen una dirección divergente y a veces opuesta a la de la equidad, la prevención y la acción sobre los determinantes de las enfermedades.

En la representación social de la diabetes y su control, existe una multiplicidad de factores los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento donde confluyen elementos de tipo social, cultural, físico, emocional, y espiritual. Desde el punto de vista de los enfermos, se presenta al padecimiento como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Diferentes estudios revelan que la representación social de la diabetes en los pacientes muestra una concepción biologista y fatalista, la asocian negativamente con muerte, discapacidad y daños en el organismo. Al respecto una persona comenta: "es una enfermedad que me da mucho miedo, porque se va acabando uno poco a poco". Otros asocian la diabetes con términos tales como: "mala", "terrible", "incurable", "traicionera" y "progresiva", creen que genera problemas serios en la salud de las personas e, inclusive, que los lleva a la muerte. Un concepto similar está presente en el discurso de los familiares quienes también la definen, desde el referente orgánico, como una enfermedad incurable y progresiva. Es así como se destacan términos tales como: "terrible", "maligna", "incurable" y "mala".

LA DIABETES MELLITUS EN LA CULTURA

En la antigüedad sólo podía sospecharse de diabetes a través del hallazgo de restos óseos. Es lo que ha hecho la paleopatología, que sin embargo no podía asegurar la etiología de los procesos, por ejemplo, las necrosis de huesos del pie por gangrena seca.

En el Egipto faraónico desde el punto de vista paleopatológico, las enfermedades endocrinológicas presentan algunas dificultades analíticas ya que la mayoría de ellas no originan signos identificables mediante exploraciones radiológicas o microscópicas, y para su estudio se necesitan técnicas específicas moleculares que aún no cuentan con la difusión adecuada. "De esta forma no existen muchos trabajos que hayan analizado tales padecimientos en el Egipto faraónico y, por tanto, casi toda la información que existe sobre las enfermedades endocrinológicas se encuentra recogida en las fuentes escritas y artísticas de la época, con las limitaciones que esto conlleva. El ejemplo más notorio de una posible enfermedad de las glándulas endócrinas recogido en las fuentes clásicas es el caso del faraón Akhenaton y de otros miembros de la XVIII Dinastía. Las teorías sobre este asunto proponen diferentes patologías para explicar la inusual estética de la estatuaria de aquellos años. Entre ellas incluyen varias alteraciones endócrinas como el pseudohermafroditismo o una alteración pituitaria. Otro posible caso de este tipo de enfermedades aparece en

una estatua fechada en el Imperio Antiguo y que en la actualidad puede visitarse en el Museo de El Cairo. La figura muestra ojos saltones (exoftalmia) y el cuello engrosado, lo que podría deberse a la hipertrofia del tiroides o bocio. Ambos signos aparecen en la enfermedad de Graves-Basedow, que produce un aumento en la secreción de las hormonas tiroideas. En cuanto a las fuentes escritas, el papiro de Ebers recoge algunos casos y recomienda varios remedios que para los especialistas son las primeras referencias históricas de la diabetes. En los textos médicos hay casos con estas características, que tal vez podrían deberse a la diabetes. El papiro de Ebers: La primera referencia a la diabetes se encuentra en el papiro de Ebers (hacia 1550 aC), encontrado en 1862 en Tebas (hoy Luxor), en Egipto. En el papiro se recoge una sintomatología que recuerda a la diabetes y unos remedios a base de determinadas decocciones.

La antigua literatura hindú en los Vedas describe la orina pegajosa, con sabor a miel y que atrae fuertemente a las hormigas, de los diabéticos. Súsruta, el padre de la medicina hindú, describió la diabetes mellitus y llegó incluso a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes que conducía a la muerte y otra que se daba en personas de cierta edad. La descripción detallada de la diabetes, incluyendo el hecho de que la orina tenía sabor dulce, se encuentra ya en la obra de éste célebre médico indio. Este notable médico, que vivió probablemente en el siglo IV de nuestra era, escribió una extensa colección de tratados de cirugía, patología, anatomía e incluso de psicología y deontología. Súsruta daba amplias instrucciones respecto al diagnóstico: interrogaba al paciente y lo examinaba con los 5 sentidos; observaba el pulso y degustaba la orina para detectar la diabetes. En total, Súsruta describió más de 1.200 enfermedades, incluyendo la diabetes, el bocio y otras enfermedades endócrinas. Las obras de medicina de la literatura sánscrita de la antigua India contienen una sabiduría de muchos miles de años. Existen textos médicos hindúes escritos por Caraca, Súsruta y Vaghata. En cuanto a la emisión patológica de la orina, estos médicos distinguen ya las siguientes modalidades: Ikshumeha: orina de caña de azúcar; Madhumeha: orina de miel; Hastimeha: cantidad enorme de orina, como de elefante en celo. La medicina india ya distinguía dos formas de diabetes: una que se da en jóvenes delgados y que no

sobreviven mucho tiempo y otra en personas mayores y obesas, que claramente corresponden con la diabetes de tipo 1 y la de tipo 2, respectivamente, de nuestros días. Es interesante destacar que, en la cultura hindú, desde hace milenios se utiliza la propia orina humana como elemento de terapia. Esto se hizo conocido en el mundo occidental, por la circunstancia de que a fines del siglo XX un Primer Ministro de la India manifestó públicamente que era adepto a esa práctica y la realizaba diariamente.

Hacia la misma época, los médicos chinos también conocían la diabetes y el hecho de que la orina de los diabéticos atraía las hormigas. También describían su propensión a desarrollar diviesos⁶ [forúnculos]⁷ y una enfermedad pulmonar parecida a la tuberculosis. Para su tratamiento recomendaban evitar el vino y los cereales.

Probablemente en tiempos de Hipócrates de Cos (460-370 aC) y su Escuela, la diabetes no fuera conocida o siquiera sospechada entre los griegos. Hacían culto de la vida en armonía con la naturaleza, la preparación física y el mantenimiento de la fortaleza física. El sedentarismo no era característico de esa época. Sin embargo, a lo largo de su vasta obra, en el Corpus Hippocraticum hay diversas manifestaciones indirectas referidas a la dieta, el ejercicio y el manejo de las enfermedades crónicas, desde el punto de vista de la prevención, el diagnóstico y el pronóstico.

Sobre la medicina antigua. En cuanto a su origen, ni la medicina habría sido descubierta ni siquiera hubiera sido objeto de investigación (pues no habría habido necesidad de ella), si a los enfermos les hubieran convenido en sus dietas y alimentación las mismas cosas que comen y beben los sanos, o las que éstos tienen en su régimen de vida, y si no hubiera habido otras mejores. De hecho, fue la necesidad la que llevó a los hombres a buscar y descubrir la medicina, puesto que la alimentación de los enfermos no requería lo mismo que la de los sanos, como tampoco ahora lo requiere. Yendo, incluso, más atrás en el tiempo, creo que la dieta y la alimentación que usan hoy los hombres sanos no hubiera sido descubierta, si el hombre hubiera podido beber y comer plantas, frutos, ramas o hierbas como hace un buey, un caballo o cualquier otro animal.

Porque éstos no sólo se alimentan de esas cosas y crecen con ellas, sino que incluso viven sin daño y no necesitan para nada de otro tipo de alimento. Sin embargo, yo estoy convencido de que al principio también el hombre usaba esos alimentos y que sólo con el paso lento del tiempo se ha llegado a descubrir y elaborar las dietas actuales. Porque a causa de una dieta fuerte y propia de animales, al tomar crudas y no equilibradas cosas que tenían grandes principios activos, los hombres padecían dolores, sufrimientos terribles y muertes fulminantes, como también hoy padecerían. Sin duda, en aquellos tiempos era natural que sufrieran menos por la costumbre, pero de todas formas también sufrían enormemente. Y la mayoría de ellos, al tener constituciones demasiado débiles, era natural que murieran, resistiendo más tiempo los más robustos; igual que ahora, que unos se liberan fácilmente de los alimentos fuertes, pero otros no sin muchos dolores y sufrimientos. Por esa razón, creo yo, es por lo que también ellos buscaron una alimentación adecuada a su naturaleza y encontraron la que actualmente SE utiliza. Así que a partir del trigo, tras haberlo remojado, aventado, molido, cernido y mezclado, cociéndolo después elaboraron pan; de la cebada también hicieron torta y, sometiéndola a otras muchas manipulaciones la hirvieron y la cocieron; mezclaron y equilibraron así los elementos fuertes con otros más débiles, adaptándolos todos a la naturaleza y capacidad del hombre, guiados por la idea de que si los comían siendo fuertes su organismo no podría asimilarlos y causarían dolores, enfermedades y muerte; y que, por el contrario, aquellos que pudiera asimilar redundarían en nutrición, crecimiento y salud. A este hallazgo y a su búsqueda, ¿qué nombre se le podría dar más justo y adecuado que el de medicina? Porque, ciertamente, se descubrió con vistas a la salud, para salvaguarda y nutrición del hombre, en sustitución de aquella dieta de la que se seguían padecimientos, enfermedades y muertes.” Equiparar la dieta de un enfermo a la de un hombre sano no es menos perjudicial que equiparar la de éste a la de las fieras y demás animales. Por ejemplo, a un enfermo con una dolencia no grave ni incurable pero tampoco totalmente benigna, sino de aquellas en que un error dejaría sentir claramente su efecto; imaginemos que quisiera comer pan y carne o cualquier otra cosa que un hombre sano come con provecho; y que no lo hiciera en gran cantidad, sino

mucho menos de lo que podría comer estando bien. Si se toma, por otra parte, a un hombre sano, de constitución no muy débil pero tampoco fuerte; si come cebada o cosas similares, con las que un buey o un caballo se beneficiarían y se pondría fuerte; y que tampoco lo hace en grandes cantidades, sino mucho menos de lo que podría comer. Pues bien, este hombre sano, obrando así, no sufriría ni arriesgaría menos su salud que el otro, que estando enfermo tomó indebidamente pan o torta. Todo esto es testimonio de que, investigando con este mismo método, el arte de la medicina se podría descubrir en su totalidad.

En Grecia Demetrio de Apamea (270 aC) refinó el diagnóstico de la diabetes mellitus. Apolonio de Memfis acuñó el término de diabetes (a partir de Dia “a través” y Betes “pasar”) para definir un estado de debilidad, intensa sed y poliuria. Apolonio creía que era una forma de hidropesía. Siglos después, en su obra "De Medicina" Aulio Cornelio Celso (30 aC – 50 dC) conoce ya dos principios fundamentales del tratamiento de la diabetes: la dieta y el trabajo muscular. Claudio Galeno (129-200 dC) pensaba que la diabetes era una enfermedad muy rara, utilizando términos alternativos como “diarrea urinosa” y “dypsacus”, este último término para enfatizar la extremada sed asociada a la enfermedad. En su obra De Locis Affectis (Sobre la Localización de las Enfermedades), dice en su libro VI, en el capítulo dedicado a los problemas renales: piedras, abscesos y úlceras. La diabetes: causas, síntomas y relación con otras afecciones. (Parágrafo 394): “Hay otra afección de los riñones en la que se orina un tenue icor de sangre, semejante a los excrementos que aparecen al comienzo de las afecciones hepáticas, aunque este icor es un poco más sanguinolento. Esto sucede por una afección que se produce en los riñones parecida a eso que en el hígado se llama atonía, y por dilatación de las bocas, pasos, o como se les quiera llamar, que desde la vena cava filtran la orina en los riñones. Me parece que los riñones están también afectados en esa enfermedad que unos llaman hidropesía en orinal, otra diarrea de orina, otra diabetes y otros dipsakós. Es una enfermedad que se produce muy rara vez; yo, al menos, la he visto hasta ahora dos veces. Los afectados tenían una sed desmedida y por ello bebían abundantemente, orinando enseguida lo mismo que habían bebido. Esta afección de los riñones y vejiga es semejante a la lientería del vientre e

intestinos.” Pablo de Egina (625-690 dC), que ejerció en Alejandría, refinó más aún el diagnóstico de “dypsacus” (diabetes) asociada a un estado de debilidad de los riñones, exceso de micción que conducía a la deshidratación. Prescribió un remedio a base de hierbas, endivias, lechuga y trébol en vino tinto con decocciones de dátiles y mirto para beber en los primeros estadios de la enfermedad, seguido de cataplasmas a base de vinagre y aceite de rosas sobre los riñones. Previno sobre el uso de diuréticos pero permitió la venisección (sangría). Areteo de Capadocia (50-130 dC), quien también describió el tétanos, utilizó el término de diabetes para describir la condición que conducía a un aumento de cantidad de orina. Él indicó que esta enfermedad era como un sifón, dándole el nombre de diabetes a la misma [que en griego significa sifón], por cuanto el signo más llamativo es la eliminación exagerada de agua por el riñón, expresando que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. Prescribió una dieta restringida y vino diluído y en los estados terminales opio y mandrágora. Filagrio de Epiro (300 – 360 dC), médico griego que aprendió con Naumaquio y vivió en Tesalónica (Suda), se apoyaba tanto en Hipócrates como en Galeno. Algún nestoriano (Hunain ibn Isaac al’Ibadi (808-877) había traducido un libro sobre medicamentos, que se atribuía a Galeno, pero que verdaderamente era obra de Filagrio. Avicena en su libro sobre tóxicos, cita como fuente a Filagrio, junto con Aecio de Amida y Galeno (Ullmann 344). Dejó escritos sobre enfermedades del bazo, que figuran en los escritos de Oribasio y Aecio de Amida

La medicina árabe puede dividirse en dos épocas: una primera época que se desarrolla principalmente en Egipto bajo la influencia de los nestorianos que difundieron la medicina griega, y una segunda época, en la que los médicos árabes, aun manteniendo un gran respeto hacia la obra de Hipócrates y Galeno, empiezan a imprimir a la medicina, en particular a la terapéutica, un sello personal. Un buen número de médicos árabes (y excepcionalmente judíos) destacarían en aquella época en la que la medicina occidental se encontraba en franca decadencia. Nombres como Abú-Bekt-Ibn Razés (o Al-Razi, 865-925 dC), Haly Abbás, Abú Alí alHussein Abadía Ibn Sina – más conocido como Avicena (980-1037) -, Abú Salid Muhammad ibn Ruschid, o Abú-I-Walid Ibn Rusd – más

conocido como Averroes (1126 – 1198) o Maimónides (1135-1204) destacan en la Historia de la Medicina por sus aportaciones sobre todo en los campos de la alquimia, la farmacia y el desarrollo de una medicina social en los hospitales (bimaristanes) que alcanzaron un nivel muy elevado para aquella época. Avicena, autor del Canon, traducido al latín y primer exponente de la medicina árabe, describe la diabetes, el coma hipoglucémico y recomienda un tratamiento de semillas de alholva y cedro, ambas con propiedades hipoglucemiantes. Averroes, médico y filósofo árabe nacido en Córdoba, España, en el Libro de las Generalidades de la Medicina escrito entre 1162 y 1169, y que fuera texto estudiado en las Escuelas de Medicina, particularmente en la de Montpellier, hasta el siglo XVI, trae dos citas sobre la diabetes. En el Libro III de su obra, titulado “Libro sobre la Enfermedad”, dice: “Los órganos que prestan servicio al hígado hemos dicho antes que son la vesícula biliar, el bazo, los riñones y la vejiga. Es evidente que las causas de los accidentes de la vesícula atañen a la pérdida de algunas de sus operaciones, como dijimos respecto a los accidentes del hígado. Por lo que atañe al bazo, cuando su virtud atractiva se paraliza, como dijimos, se derramará la melancolía en la sangre, y cuando la naturaleza la expulsa hacia la superficie del cuerpo, se producirá entonces la “ictericia melancólica”, que, en general, es un accidente propio de todas las enfermedades melancólicas. Cuando la virtud expulsora opera en exceso, el estómago enfermará y se producirá diarrea melancólica. Y las causas de estos accidentes son, necesariamente, las mismas que las de los restantes; esto es, bien una enfermedad de partes disimilares, bien una mala complexión, bien un compuesto de ambas, como la inflamación. En el bazo suelen suscitarse inflamaciones endurecidas por causa del engrosamiento con lo que se nutre. Y el riñón, al poseer cinco virtudes, es evidente que si la virtud discriminadora, la digestiva o la retinente están debilitadas, la sangre saldrá dispersada por la orina, porque la parte acuosa que le llega procedente del hígado para nutrirse con ella no lo altera. Cuando es insuficiente la virtud atractiva, se producirá la hidropesía de forma de odre, como dijimos, o, si lo hace en exceso, como antes advertimos, sobrevendrá ésta e incontinenia de orina y mucha sed, y a esta enfermedad se le denomina “diabetes”. Cuando la virtud atractiva de este órgano

opera en exceso, le acompañará la debilidad de la virtud retinente y de la digestiva, y por eso en esta enfermedad la orina saldrá inmadura. Todos estos accidentes los origina una de las clases de la mala compleción o las enfermedades de partes disimilares, o ambas.

A partir del siglo XVI comienzan a sucederse descubrimientos médicos, principalmente en Europa. Paracelso [Felipe Teofrasto Bombasto de Hohenheim] (1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creyendo que se trataba de sal y atribuyendo la diabetes a una deposición de ésta sobre los riñones causando la poliuria y la sed de estos enfermos. Guillaume Rondelet (1507-1566), de Montpellier, médico del cardenal de Tournon, detectó el carácter hereditario de la diabetes. W.H.W. Wollaston, un médico y químico famoso en su época, desarrolló un método para la determinación de glucosa en sangre, parecido a la cromatografía en papel. Sin embargo, no registró glucemias inferiores a 600 mg/dl. Por consiguiente, redactó un trabajo sobre la inexistencia de azúcar en la sangre de los diabéticos. Johann Conrad Brunner (1653-1727) observó una diabetes transitoria en un perro después de una pancreatectomía parcial. Él publicó en 1683 su investigación, acerca de que la extirpación del páncreas producía en los perros los síntomas de la diabetes, sin embargo, sus hallazgos no trascendieron. Sin embargo, la primera referencia en la literatura médica occidental de una “orina dulce” en la diabetes se debe a Thomas Willis (1621-1675) autor de “Cerebro anatome” el mejor tratado de anatomía del cerebro realizado hasta la fecha. De esta manera, aparece en la medicina occidental un hecho ya conocido por la medicina oriental más de 1000 años antes. Willis escribió que “antiguamente esta enfermedad era bastante rara, pero en nuestros días, la buena vida y la afición por el vino hacen que encontremos casos a menudo” [Fue precisamente quien describió el polígono arterial de la base del cráneo que irriga el cerebro y lleva su nombre, como “polígono de Willis”]. En su libro *Pharmaceutica rationalis* (1674-1675) ofrece un numeroso conjunto de excelentes descripciones clínicas – entre ellas la primera en Europa de la diabetes sacarina – que lo convierten en un auténtico resumen de medicina interna.

Unos 100 años más tarde, Mathew Dobson (1725-1784) médico inglés de Liverpool, hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes. Después de tratar un grupo de pacientes, Dobson informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Dobson pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar.

Una de las mayores figuras fue el fisiólogo francés Claude Bernard (1813- 1878) que realizó importantes descubrimientos, incluyendo la observación de que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. También demostró que el sistema nervioso central estaba implicado en el control de la glucosa al inducir una glucemia transitoria en el conejo consciente estimulando la médula espinal. También realizó numerosos experimentos con el páncreas desarrollando el modelo de ligadura del conducto pancreático (exócrino, o canal de Wirsung) y aunque él no llegó a atribuir a este órgano un papel endócrino, permitió a otros demostrar que con esta técnica se inducía la degeneración del páncreas exócrino, manteniendo intacta la función endócrina.

La Medicina alemana se destacó en la última mitad del siglo XIX por su avance en la investigación, la calidad de la actividad clínica y la enseñanza, que hicieron de Berlín y otras ciudades principales metas de los estudiosos hasta la segunda década del siglo XX. En el campo de la fisiología hubo múltiples aportes que deben ser señalados por que permitieron ir avanzando en la concepción de los factores fisiopatogénicos de la enfermedad, particularmente con la introducción del método experimental. En 1857, Wilhelm Petters notó en la orina de una paciente un olor parecido a las violetas; recolectó 700 litros de orina a partir de los cuales pudo obtener acetona. Comprobó que, en la diabetes grave, la acetona se produce y se elimina como producto intermedio. Las funciones del páncreas como glándula capaz de reducir los niveles de glucosa en sangre comenzaron a aclararse en la segunda mitad del siglo XIX. En 1889, Oskar Minkowski (1858-1931) y Josef von Mering (1849- 1908), tratando de averiguar si el páncreas era necesario para la vida, pancreatectomizaron un perro.

Después de la operación ambos investigadores observaron que el perro mostraba todos los síntomas de una severa diabetes, con poliuria, sed insaciable e hiperfagia. Minkowski observó, asimismo, hiperglucemia y glucosuria. De esta manera quedó demostrado que el páncreas era necesario para regular los niveles de glucosa y estimuló a muchos investigadores a tratar de aislar del páncreas un principio activo como un posible tratamiento de la enfermedad. Oskar Minkowski (1884) y Adolf Magnus-Levy (1899) demostraron la acidosis diabética por el ácido Beta oxibutírico, así como la producción de la diabetes experimental floridónica por Joseph von Mering (1886) y de la pancreopriva por Mering y Minkowski (1890). Su principal obra fue *Der Diabetes mellitus* (1898).

E. L. Opie, en 1901, estableció la relación entre la alteración de los islotes de Langerhans y la aparición de diabetes. De Meyer denominó insulina a la sustancia activa del páncreas que G. Zuelzer probó, en 1908, que producía efectos hipoglucemiantes. La teoría del origen pancreático de la diabetes era admitida gradualmente y el extracto obtenido por Zuelzer fue patentado y preparado a escala comercial, aunque no tuvo éxito. En 1901 Eugene L. Opie (1873-1971), patólogo de Johns Hopkins, en Baltimore, demostró que en muchos casos de diabetes los islotes de Langerhans estaban hialinizados. Los intentos de aislar el principio activo de los islotes tuvieron poco éxito, debido a que la principal enzima secretada por el páncreas exócrino, la tripsina, la degradaba rápidamente. Sin embargo, en 1908 George Ludwig Zuelzer (1870-1949), de Berlín, preparó un extracto pancreático y se lo aplicó a ocho pacientes diabéticos, con "buenos" resultados; sin embargo, una nueva preparación causó convulsiones y fiebre elevada, por lo que se consideró demasiado tóxico y se abandonó. Es posible que los síntomas se hayan debido a que el extracto pancreático era activo y produjo hipoglicemias graves, pero eso nunca lo sabremos. En los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, se realizaron grandes esfuerzos para aislar la insulina. Uno de los primeros investigadores en obtener resultados fue el alemán Georg Zuelzer, quien obtuvo una serie de extractos pancreáticos que eran capaces de reducir los síntomas de diabetes en un perro previamente pancreatectomizado. Zuelzer publicó sus resultados en

1907 e incluso patentó su extracto ("Acomato"). Sin embargo, los graves efectos tóxicos que producía, como fue dicho, hicieron que renunciase a seguir sus experimentaciones.

LA DIABETES MELLITUS DESDE LA PSICOLOGÍA

La diabetes mellitus es una condición crónica que afecta a millones de personas a nivel mundial. La diabetes no solo afecta la salud física del paciente que lo padece; ya que por constituir una condición que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial de quienes la padecen. Además, el sistema nervioso y el endocrino no actúan de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados; ambos constituyen un sistema psiconeuroendocrino, capaz de integrar y coordinar las funciones metabólicas del organismo.

De hecho, el impacto psicosocial es un fuerte predictor de mortalidad en diabetes en pacientes con muchas variables clínicas y fisiológicas. Afortunadamente cada vez existe más consciencia colectiva de que el abordaje "unidimensional" de la diabetes es prácticamente ineficaz, como de hecho lo demuestran las dificultades evidenciadas por los servicios de salud para mejorar las condiciones de sus pacientes, aunque dispongan de uno de los mejores servicios sanitarios del mundo (gratuidad de la asistencia médica primaria y hospitalaria, casi gratuidad de material de autoanálisis y de insulina, hipoglucemiantes orales a bajo coste para el paciente, etc.) A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o administrarse insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés emocional, u otros factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus actualmente es uno de los principales problemas de salud a escala mundial, por su elevada prevalencia y, según los datos existentes, esta tendencia seguirá hasta 2025, especialmente en los países en vías de desarrollo. En España, la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 oscila entre 11 y 15 casos por 100.000 habitantes/año, para la población menor de 15 años. En nuestro país no se dispone de ningún estudio que refleje la prevalencia global de la diabetes tipo 2, pero la mayoría de los últimos estudios de carácter local o regional muestran una prevalencia que se sitúa entre el 9,9 y el 15,9%, para la población mayor de 30 años. En España, la prevalencia de nefropatía diabética incipiente es del 13-15% y el 14-29%, en los pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2, respectivamente. La prevalencia de nefropatía diabética establecida oscila entre el 13 y el 15% y entre el 5 y el 15%, en los pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2, respectivamente. La prevalencia de polineuropatía es del 12,9 y del 24,1% en los pacientes con diabetes tipos 1 y 2, respectivamente. En España, la diabetes es la tercera causa de mortalidad en mujeres y la séptima en varones, y el sur, el sudeste y las provincias insulares son las zonas donde la mortalidad es mayor.

En Estados Unidos se estimó que el gasto atribuible a la diabetes en 2014 fue de 77 billones de dólares. En España, el gasto ocasionado por la atención sanitaria en el tratamiento de los pacientes con DM tipo 2 (DM2) ascendió en 2013 a 1.957.715.098,28 euros, para una población de 1,5 millones de diabéticos, lo que representa un coste por paciente y año de 1.305,15 euros. Hay que destacar que sólo el 29% del gasto de la diabetes estuvo relacionado con el control de la enfermedad, y que la mayor parte se relaciona con el

tratamiento de las complicaciones. Antes de interpretar los resultados de los estudios epidemiológicos, conviene hacer unas consideraciones sobre los criterios diagnósticos.⁴⁷

LA DIABETES MELLITUS Y LA SALUD

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina. Es un desorden metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas, que resulta de trastornos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Los nuevos criterios para su diagnóstico y clasificación fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su clasificación se basa fundamentalmente en la etiología y características fisiopatológicas, pero tradicionalmente describe la etapa de su historia natural en la que se encuentra el paciente diabético. Es una enfermedad progresiva dual, caracterizada en primer lugar por resistencia a la insulina, pero también por una falla progresiva de la función de las células B de los islotes pancreáticos.

La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

- El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I) O.
- Las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II).

Según la Asociación americana de diabetes, la diabetes es un desorden crónico

metabólico que afecta la habilidad del cuerpo para producir o responder a la insulina, una hormona que permite que la glucosa entre en las células del cuerpo y sea usada como energía. El problema de las personas con diabetes es que no producen suficiente insulina o que la insulina que producen es usada ineficientemente. Las personas con diabetes deben tratar de mantener su azúcar en la sangre entre 80 mg/dl y 120 mg/dl antes de las comidas y entre 100 mg/dl y 140 mg/dl a la hora de dormir. La causa de la diabetes es desconocida, no obstante los dos factores, genéticos y ambientales, además de la obesidad y la falta de ejercicio parecen jugar un papel importante en el desarrollo de la condición.

La industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización en general, han acelerado los cambios experimentados en el modo de vida de la población. Esta situación ha incidido de forma negativa en la salud producto de cambios inapropiados en los hábitos alimentarios, disminución de la actividad física y mayor consumo de sustancias tóxicas. Todo lo anterior se relaciona con el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Debido a estos cambios y su reflejo en el modo de vida, las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los accidentes cerebro-vasculares y algunos tipos de cáncer, son causas cada vez más frecuentes de discapacidad y muerte prematura, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados. Esta situación supone una carga adicional para los presupuestos sanitarios nacionales ya sobrecargados. La diabetes mellitus, que se ha convertido en una pandemia.

Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y de alcohol), factores biológicos (dislipidemias, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y, por último, factores sociales que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí.

Específicamente en lo referente a la dimensión social, las personas con diabetes podrían tener una mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social, en relación con individuos que no experimenten la existencia de un padecimiento crónico, toda vez que la diabetes exige, de quienes la padecen, readecuaciones en sus estilos de vida. Algunos de estos problemas de orden social que pueden interferir en la adecuada conciliación del autocuidado y las exigencias terapéutica para lograr un buen control metabólico, se resumen en la necesidad de cambios de horario para la alimentación, tipo de alimentos a consumir, interferencia de la actividad laboral o estudiantil para el cumplimiento del tratamiento, o viceversa, tipos de puestos de trabajo, limitaciones en la realización de esfuerzo físico, etc., los cuales -a su vez- podrían generar en las personas que tienen este padecimiento y otros actores sociales (familia, compañeros de trabajo y/o estudio, amigos) que comparten el mismo contexto social, sentimientos de dependencia, minusvalía, sobreprotección y/o rechazo, entre otros.

Los determinantes subyacentes de la diabetes son los mismos en todo el mundo. El desarrollo económico va asociado a unos entornos cada vez más "obesogénicos", caracterizados por el descenso de la actividad física y el creciente acceso a dietas ricas en energía. La mundialización tiene gran parte de responsabilidad en estos cambios, por ejemplo, las empresas multinacionales de alimentos son de los principales inversores en los países de ingresos medios y bajos, ya que los beneficios a ganar en el procesado y venta minorista de los alimentos son enormes.

Tipos de Diabetes

Hay dos tipos principales de diabetes. Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I. En el tipo II, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células, suele ocurrir principalmente en personas a

partir de los cuarenta años. Este tipo de diabetes representa el 95% de la diabetes mellitus. Es una enfermedad sistémica crónica, representa un síndrome de inmunodeficiencia de insulina íntimamente ligado a una variedad de factores hereditarios y ambientales. Sus principales manifestaciones incluyen alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas y en la estructura, función de nervios y vasos sanguíneos. La diabetes mellitus tipo II es considerada como un problema de salud pública en la mayoría de los países industrializados.

Signos y síntomas

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas que están dando por necesidad frecuente de orinar (poliuria), sed excesiva (polidipsia), exceso de apetito (polifagia), fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

- Aumento de la sed.
- Aumento de la micción.
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito.
- Fatiga.
- Náuseas.
- Vómitos.

Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

- Aumento de la sed.
- Aumento de la micción.

- Aumento del apetito.
- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Infecciones que sanan lentamente.
- Impotencia en los hombres.

Es oportuno recordar que el paciente diabético es un paciente complejo que puede tener manifestaciones de su enfermedad a nivel de varios órganos aun sin sintomatología y hasta puede desconocer que padece la enfermedad.

Tratamiento de la diabetes mellitus

La diabetes no es curable. El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar el azúcar en la sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre. El objetivo, a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo como la enfermedad cardíaca y la insuficiencia renal.

El tratamiento para la diabetes es considerado por muchos autores como complejo y difícil de cumplir por los cambios en los estilos de vida, en la administración generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros. Uno de los pilares del tratamiento en diabéticos es un control dietético adecuado y el esfuerzo está orientado en el ajuste farmacológico acompañado del control dietético y los ejercicios físicos. El tratamiento contempla dos opciones los hipoglucemiantes orales y la insulina, debe ser prescrito cuidadosamente bajo vigilancia médica, especialmente cuando se presenta hiperglucemia sintomática, esto con la finalidad de llegar a metas propuestas como son los niveles de glucosa normales que debe ser de 60 a 110 mg /dl, Cuando los pacientes no logran controlar la glucosa con dieta y ejercicios físicos se recurre a los fármacos para ello se debe contemplar las características del paciente entre ellos edad, enfermedad cardiovascular, insuficiencia hepática o renal entre otros.

Para la farmacoterapia en la actualidad se dispone de siete grupos de antidiabéticos (además de la insulina). Los hipoglucemiantes orales, son efectivos para los pacientes con diabetes tipo II que no pueden tratarse únicamente con dieta y ejercicios.

Administración de insulina y la medicación oral

Los medicamentos para tratar la diabetes incluyen la insulina y las píldoras para reducir los niveles de glucosa, denominados hipoglucémicos orales. Los cuerpos de las personas con diabetes tipo 1 no pueden producir su propia insulina, por lo que tienen que inyectarse la insulina todos los días. Los cuerpos de las personas con la diabetes tipo 2 producen la insulina, pero no la utilizan de manera efectiva. La insulina no está disponible en forma oral. Se suministra mediante inyecciones que, por lo general, se requieren de una a cuatro veces por día. Algunas personas usan una bomba de insulina que se lleva permanentemente y entrega un flujo estable de insulina durante todo el día. Hay diversos tipos de preparaciones de insulina, los cuales se diferencian en la manera rápida como comienzan a hacer efecto y la duración del efecto. Algunas veces, se mezclan diferentes tipos de insulina en una sola inyección. El médico experto es quien debe determinar el tipo de insulina a utilizarse, las dosis y el número de inyecciones diarias. A las personas que necesitan insulina, los médicos y los educadores en diabetes les enseñan a auto inyectarse.

A diferencia de la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 puede responder al tratamiento con ejercicio, dieta y/o medicamentos orales. Existen varios tipos de agentes hipoglucémicos orales que reducen el nivel de glucosa en la diabetes tipo 2. Se clasifican en tres grupos a saber:

Medicamentos que incrementan la producción de insulina por parte del páncreas, medicamentos que incrementan la sensibilidad a la insulina y medicamentos que retardan la absorción de la glucosa por parte del intestino. La mayoría de los diabéticos tipo 2 requerirá más de un medicamento para un buen control del azúcar en la sangre en los tres primeros años de comenzar el

medicamento. Se pueden combinar diferentes grupos de medicamentos orales o se puede utilizar insulina junto con medicamentos orales.

A veces, las personas con diabetes tipo 2 ya no necesitan medicamentos si pierden peso y aumentan su actividad debido a que cuando alcanzan su peso ideal, su propia insulina y una dieta cuidadosa pueden controlar sus niveles de glucosa sanguínea. No se sabe si el uso de los agentes hipo glicémicos durante el embarazo es seguro; las mujeres que padecen diabetes tipo 2 y toman estos medicamentos deben cambiar a insulina durante el embarazo y mientras estén lactando.

Complicaciones

Hipoglucemia: Es una complicación del tratamiento de los diabéticos y se caracteriza por una disminución de la glucosa en la sangre por debajo de los niveles normales y se produce un cuadro caracterizado por:

Alteraciones del sistema nervioso central

- Confusión.
- Conducta inapropiada.
- Alteraciones visuales.
- Estupor.
- Convulsiones.
- Coma.

Manifestaciones generales:

- Sudoración excesiva.
- Nerviosismo.
- Temblor generalizado.

- Desvanecimientos.
- Palpitaciones.
- Sensación de hambre.

La bajada de azúcar se puede producir por:

- Comer demasiado poco o comer pocos azúcares lentos (pan, patatas, pastas, legumbres, maíz, cereales de desayuno, etc.).
- Si se salta alguna comida.
- Si se retrasa en la hora de la comida.
- Si se inyecta más insulina de la adecuada.
- Si realiza un ejercicio más intenso del habitual.

Si se notara síntomas de hipoglucemia, realícese si puede un Autoanálisis de azúcar para comprobar que está baja y posteriormente tómese un vaso de leche entera con 1-2 cucharaditas de azúcar o dos cucharadas de azúcar en agua o un vaso de zumo de naranja. Si tras tomar azúcares por segunda vez no se siente bien, avise a su médico o póngase en contacto con el servicio de urgencias más cercano.

Cetoacidosis diabética

Cuando la diabetes no está bien controlada se puede acompañar de un estado de acidez corporal, denominado Cetoacidosis diabética que se caracteriza por una profundización de los síntomas (poliuria, polidipsia, etc.) y por la presencia de náuseas, vómitos, inapetencia, somnolencia, etc. Requiere ingreso hospitalario.

Descompensación hiperglucémica

Es la complicación metabólica más frecuente en los pacientes con DM2, sobre todo en las personas mayores de 65 años.

El azúcar se eleva por encima de 600 mg/dl y se empieza a escapar por la orina. El azúcar en la orina arrastra gran cantidad de agua, por lo que empieza a orinar en gran cantidad, necesita más agua por lo que beberá más y tendrá mucha sed. Si pierde mucho líquido se puede deshidratar, la sangre se puede espesar mucho y producirse una pérdida de conocimiento (coma hiperosmolar).

Puede ocurrir que, si sigue con falta de insulina, como el organismo no puede utilizar el azúcar para obtener energía, empieza a quemar grasas produciéndose acetona que se acumulará en la sangre y en la orina (cetoacidosis).

Además de orinar mucho y beber mucho puede empezar a sentir:

- Debilidad.
- Fatiga.
- Dolor en el abdomen y vómitos.
- Aliento con olor a fruta.
- Respiración rápida.
- Por último, puede presentar somnolencia y pérdida de conocimiento.

Requiere ingreso hospitalario.

Coma diabético

La persona presenta una pérdida total del estado de conciencia.

Complicaciones crónicas o tardías

- Ceguera: retinopatía diabética.
- Insuficiencia renal. Nefropatía diabética. El 35% de los pacientes con DM1 y el 10% de DM2 desarrollan Nefropatía diabética.
- Neuropatía diabética: daño del sistema nervioso que se caracteriza por una disminución de las sensaciones o del dolor, sobre todo en pies y manos. Es

la complicación más frecuente.

- Hipertensión arterial.
- Accidente cerebro vascular (hemiplejias).
- Enfermedad cardiovascular tipo infarto cardiaco, arritmias, insuficiencia cardiaca.
- Enfermedad vascular periférica (puede llegar a la amputación).

Los estudios han demostrado que, con un buen manejo de la enfermedad, muchas de las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir o retrasar. Muchas de las complicaciones son graves ya que se encuentra problemas visuales, accidentes cerebro vasculares, neuropatías, amputaciones, enfermedades renales. La mayoría de las complicaciones se pueden evitar disminuir o retardar en presentarse para el que se requiere un diagnostico precoz, inicio del tratamiento adecuado. De acuerdo con estudios revisados un 2% de los pacientes son ciegos, el 75% de ellos mueren por complicaciones de arterioesclerosis, el 10% de pacientes dializados, son portadores de diabetes. Entre el 5 y 10% de pacientes diabéticos son o serán amputados.

Retinopatía diabética

La principal medida para prevenir la retinopatía diabética o para enlentecer la evolución es el adecuado control de la glucemia. Es muy importante el control por el oftalmólogo periódicamente, para diagnosticar las lesiones en la retina en el momento más precoz posible.

Las lesiones en la retina se tratan mediante fotocoagulación con láser, técnica generalmente indolora y de realización ambulatoria. Cuando las lesiones no pueden ser tratadas con láser puede ser necesario realizar una vitrectomía (extirpación quirúrgica del cuerpo vítreo del ojo).

Es muy importante, junto con el estricto control de la glucemia, evitar otros posibles factores que facilitan o agravan las lesiones vasculares de la

retinopatía. Por ello el paciente diabético debe de evitar rigurosamente el consumo de tabaco y de alcohol, y controlar la hipertensión arterial y los niveles de colesterol.

Así mismo la dieta y la realización de ejercicio físico son medidas de tratamiento fundamentales para mantener el estado físico y funcional del organismo en el paciente diabético.

Deben de mantenerse unos buenos hábitos de higiene visual:

- Mantener control oftalmológico periódico;
- Usar lentes de corrección visual en caso de requerirlas;
- Utilizar gafas de protección solar;
- No utilizar colirios o medicamentos oftalmológicos salvo indicación expresa del médico;
- Utilizar filtros de protección ocular en caso de trabajar con ordenadores o pantallas de equipos informáticos;
- No someter la vista a sobrecargas ni esfuerzos visuales. Leer y trabajar con suficiente luz, en intensidad y orientación adecuadas.

Utilizar gafas de protección ocular en caso de realización de actividades que puedan suponer riesgos de heridas, quemaduras para los ojos.

Prevención de la diabetes mellitus

Osplad T. Dice: La diabetes es una enfermedad que podría ser prevenida, en algunos casos, a partir de hábitos y comportamientos saludables, los cuales hacen parte de un adecuado estilo de vida. Es importante la consulta preventiva que registre los factores de riesgo, considerando como principales la obesidad, los antecedentes de familiares consanguíneos diabéticos, la historia clínica obstétrica sospechosa de diabetes en las mujeres, la hipertensión arterial, el sedentarismo y los antecedentes de patología

cardiovascular en edades tempranas.

Para su prevención y detección precoz, es necesario realizar la determinación de glucemia cada tres años a partir de los 40 años, siempre que los sucesivos controles sean normales. La edad de comienzo y frecuencia de la determinación de glucosa en sangre se ajusta a la presencia de factores de riesgo.

Consideraciones acerca del autocuidado

Gracias al autocuidado para la salud se tiene la posibilidad de atenuar los factores adversos en áreas que producen experiencias negativas. Esto afecta la calidad de vida, por lo tanto, se puede pensar que con el autocuidado se pueden mejorar las posibilidades de que los pacientes con DM2, se adapten e integren a su entorno social, se auto-realicen y mantengan sus metas.

Conocer los riesgos que tienen los pacientes por un mal cuidado de su tratamiento antidiabético. Al estar el paciente consiente de los riesgos que corre se pueden prevenir mayores daños o mal funcionamiento de órganos tales como: el corazón, los riñones, los ojos, los nervios y los vasos sanguíneos. Todos estos daños se conocen como complicaciones crónicas de la diabetes. El desarrollo de estas complicaciones de salud puede ser prevenido o demorado mediante un estricto control de la hiperglucemia.

Es importante considerar el componente emocional de los pacientes, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de auto cuidarse y descuidan el régimen dietético, la medicación, el control de peso y cuidados personales. Otros se vuelven agresivos y pueden exteriorizar su agresividad rechazando el tratamiento o bien la interiorizan deprimiéndose; muchos desarrollan dependencias psicológicas y necesitan que otros cuiden de ellos, sin adoptar un papel activo en su propio cuidado. Todas estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de glicemia, provocando graves complicaciones de salud, incluyendo la muerte.

C. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

1. VARIABLE SECUNDARIA

Autocuidado.

2. VARIABLE PRINCIPAL

Diabetes Mellitus.

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. AUTOCUIDADO

Son todas las actividades que la persona realiza en su beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar. Es una necesidad de todas las personas, que, si no es satisfecha, puede traer desequilibrios, enfermedad y hasta la muerte

2. 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 produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.

3. 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. Se refiere además a la condición de los sujetos en la que son incapaces de asumir su autocuidado en forma eficaz.

4. SERVICIO DE MEDICINA

Es aquel servicio donde son hospitalizados todos los pacientes adultos que padezcan todo tipo de patologías excepto las patologías osteomioarticulares.

5. HIGIENE PERSONAL

Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.

6. ACTIVIDAD FÍSICA

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

7. DIETA

Es la cantidad de alimento que se le proporciona a un organismo en un periodo de 24 horas, sin importar si cubre o no sus necesidades de mantenimiento

8. CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO

Es el cumplimiento como el grado en el que la conducta de las personas en lo que se refiere a la toma de medicación, seguimiento de dietas o cambios de estilo de vida está de acuerdo con la prescripción terapéutica.

9. ASISTENCIA A CONTROLES

Se refiere al cumplimiento regular y asistencia a los controles rutinarios o mensuales para controlar el estado del paciente diabético, donde están inmersos los controles de peso, IMC, dosaje de glucosa, etc.

10. TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud.

E. ALCANCES Y LIMITACIONES

La investigación tuvo como alcance a todos los pacientes con diabetes y a los sus respectivos familiares ya que son motivo del estudio, asimismo a la sociedad en general quienes se encuentran inmersos en la vida cotidiana de los pacientes; además el ámbito de la salud tanto en el aspecto preventivo como asistencial propiamente dicho.

Las limitaciones que se tuvieron fueron la negación de los pacientes a la participación, ocasionando esto una reducción en la población y muestra de estudio, mas no siendo así inconveniente para su realización.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo descriptivo de correlación.

PROCEDIMIENTO

- Presentación y Aprobación del Proyecto.
- Elaboración del Instrumento.
- Aplicación del Instrumento.
- Análisis e interpretación de datos.
- Presentación de Informe Final.

B. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

En el servicio de Medicina del Hospital IV Augusto Hernandez se hospitalizan pacientes con diversas patologías, siendo un grupo significativo aquellos pacientes que padecen de diabetes mellitus, quienes ingresan por complicaciones propios de la enfermedad, y muchos de estos son porque existe un desconocimiento de las complicaciones de su enfermedad, así como la falta de autocuidado que tienen. En el servicio de Medicina laboran 28 licenciadas, las cuales muchas veces no se dan abasto para la atención personalizada del paciente, dejando de lado muchas veces el aspecto educativo para el paciente y familia.

Los pacientes con diabetes presentan en gran porcentaje un comportamiento negativo en relación con el afrontamiento, existiendo negación ante la enfermedad y más aún al cumplimiento de las recomendaciones realizadas por el profesional de enfermería.

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La Poblacion estuvo conformada por la totalidad de pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina que presenten diabetes mellitus. Siendo la Poblacion un total de 22 pacientes durante el mes de abril, por ser una población pequeña no será necesario obtener una muestra de estudio.

Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos que presenten diabetes mellitus.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona.
- Pacientes que deseen participar de la investigación.
- Pacientes con días de hospitalización no menor de 5 días.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con alguna alteración mental.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con días de hospitalización menor a 5 días.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista con su respectivo instrumento una guía de entrevista elaborada para evaluar la variable autocuidado, se consideró una batería de ítems acerca del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus.

Para el instrumento se elaboró 17 ítems que corresponden al autocuidado del paciente. Seguidamente se aplicó otra entrevista para evidenciar que tanto conocen sobre su enfermedad, este instrumento estuvo formado por 20 ítems.

El instrumento se validó a través de la prueba de jueces de expertos, para lo cual se pidió la colaboración de 5 expertos (Anexo N° 3) en el temas y aspectos metodológicos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

EDAD	FRECUENCIA	
	Nº	%
42 a 47	6	27.3
48 a 53	6	27.3
54 a 59	8	36.4
60 a más	2	9.1
Total	22	100.0

En la presente tabla se puede observar que el 36.4%, de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, tienen edades comprendidas entre 54 y 59 años, el 27.3% entre 42 y 47 años y entre 48 y 53 años respectivamente.

GRÁFICO 1

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD HOSPITAL IV AGOSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

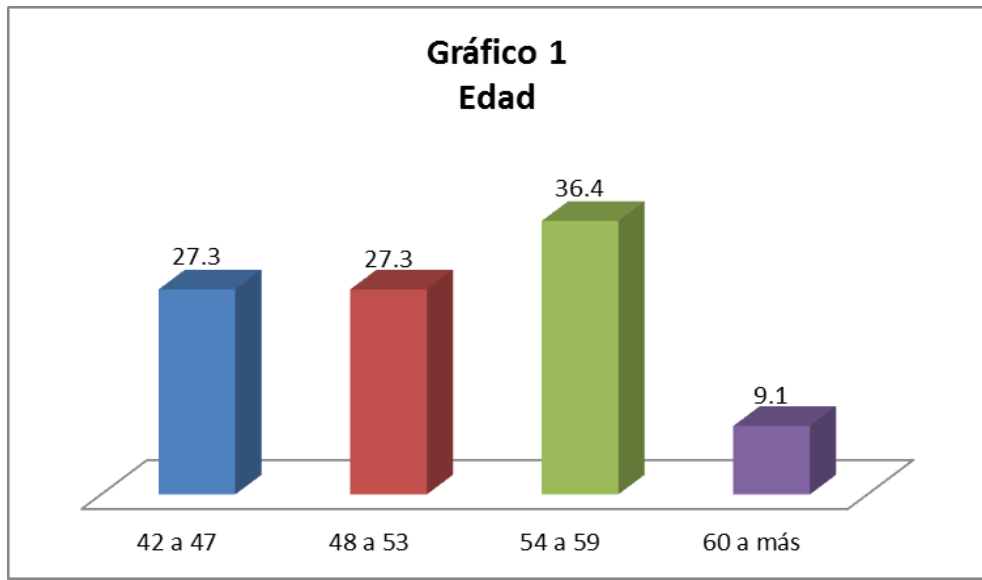


TABLA 2

**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

SEXO	FRECUENCIA	
	Nº	%
Femenino	7	31.8
Masculino	15	68.2
Total	22	100.0

En la tabla se observa con mayor frecuencia pacientes del sexo masculino (68.2%) frente al femenino (31.8%).

GRÁFICO 2

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

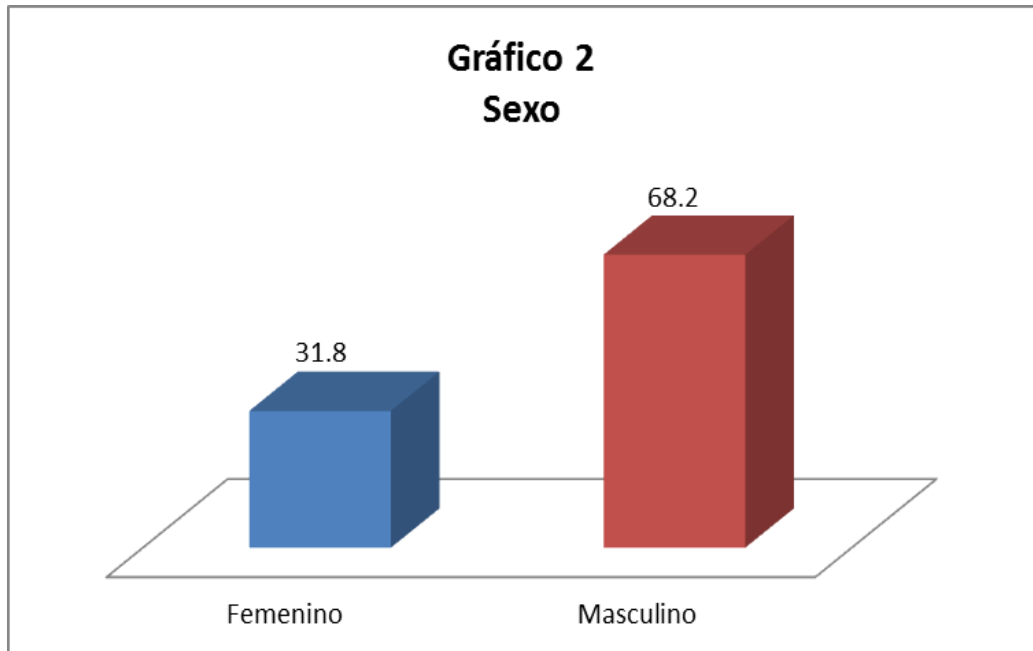


TABLA 3**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	
	Nº	%
Casado	16	72.7
Viudo	3	13.6
Separado	2	9.1
Soltero	1	4.5
Total	22	100.0

El 72.7%, de los pacientes en estudio, son casados, el 13.6% son viudos, el 9.1% son separados y un 4.5% son solteros.

GRÁFICO 3

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

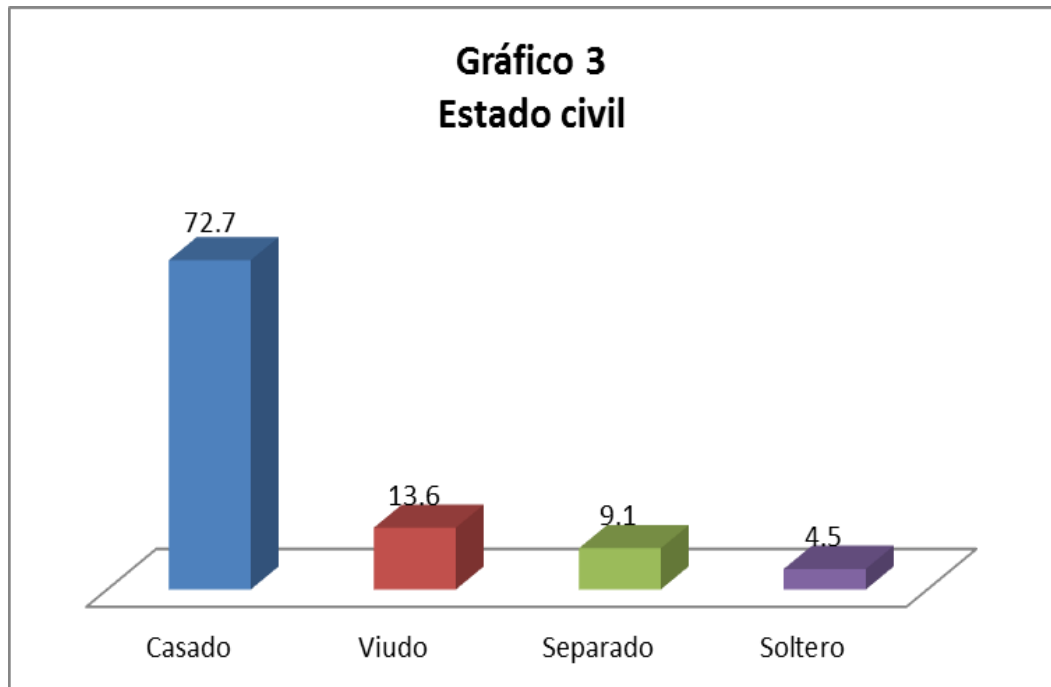


TABLA 4**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	
	N°	%
Ica departamento	16	72.7
Ica provincias	3	13.6
Ayacucho	2	9.1
Huancavelica	1	4.5
Total	22	100.0

Se tiene en esta tabla que el 72.7%, de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, proceden del departamento de Ica.

GRÁFICO 4

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

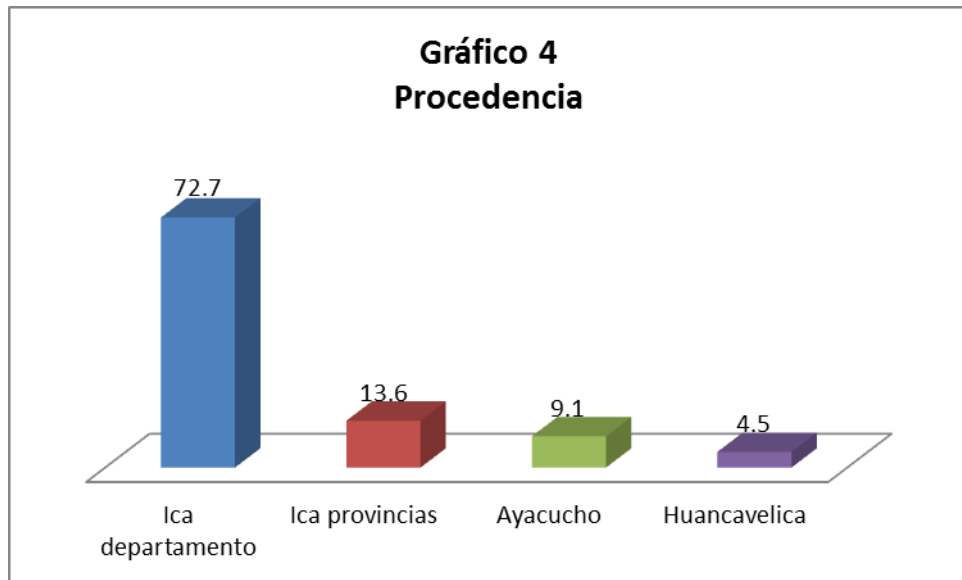


TABLA 5**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTUDIOS HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

ESTUDIOS CONCLUIDOS	FRECUENCIA	
	N°	%
Primaria	4	18.2
Secundaria	8	36.4
Superior	10	45.5
Total	22	100.0

El 45.5% de nuestra población en estudio presenta como grado de instrucción superior, el 36.4% secundaria y el 18.2% primaria.

GRÁFICO 5

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTUDIOS HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

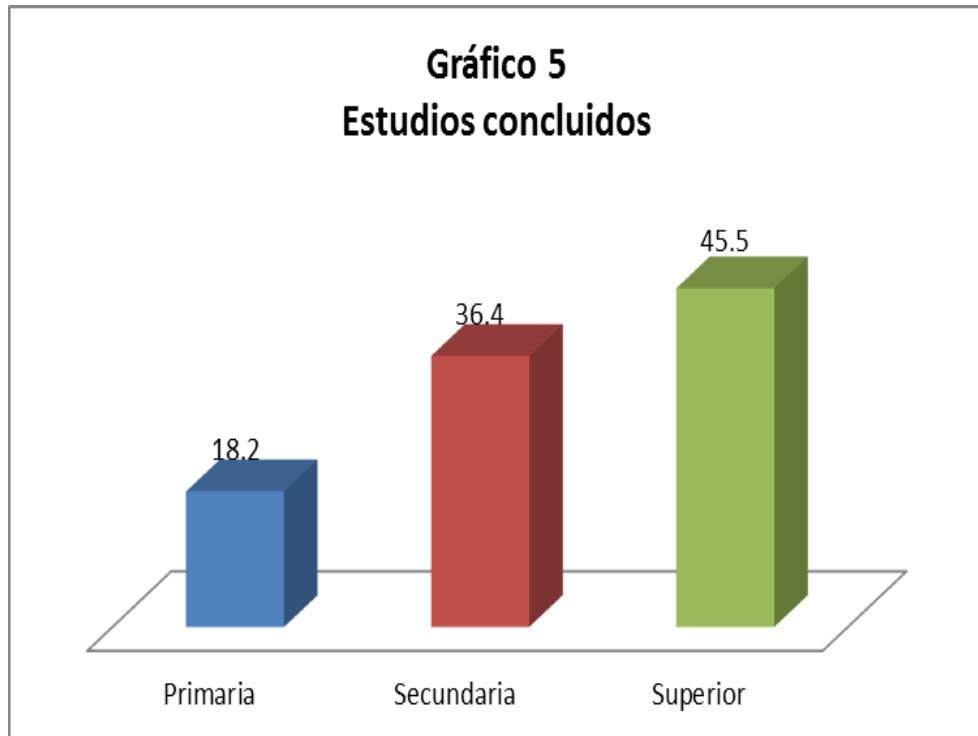


TABLA 6

**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN HOSPITAL IV AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
Obrero	12	54.5
Independiente	4	18.2
Ama de casa	4	18.2
Otro	2	9.1
Total	22	100.0

La presente tabla permite identificar la ocupación de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, donde el 54.5% de ellos son obreros y el 18.2% son independientes y amas de casa para cada caso.

GRÁFICO 6

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

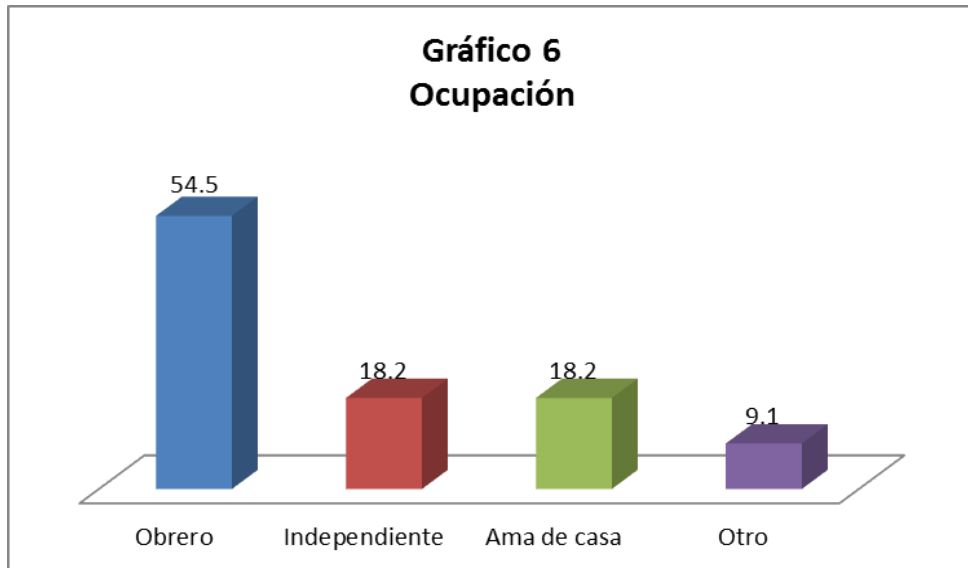


TABLA 7

**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIOS DE AFRONTAMIENTO
FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

CRITERIOS DE AFRONTAMIENTO FRENTE A LA DIABETES MELLITUS		FRECUENCIA	
		N°	%
TOTAL		22	100.0
Tiempo de enfermedad	1 a 7	13	59.1
	8 a 14	9	40.9
Dependencia en el cuidado	Independiente	16	72.7
	Dependiente	6	27.3
Opinión de relaciones familiares	Respeto	17	77.3
	Conflictiva	5	22.7

Se puede observar por la presente tabla, que el 59.1% de nuestra población en estudio presenta la enfermedad entre 1 y 7 años; también se tiene que el 72.7% son independientes en el cuidado y 77.3% tienen respeto en las relaciones familiares.

GRÁFICO 7

**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIO DE AFRONTAMIENTO: TIEMPO DE ENFERMEDAD FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

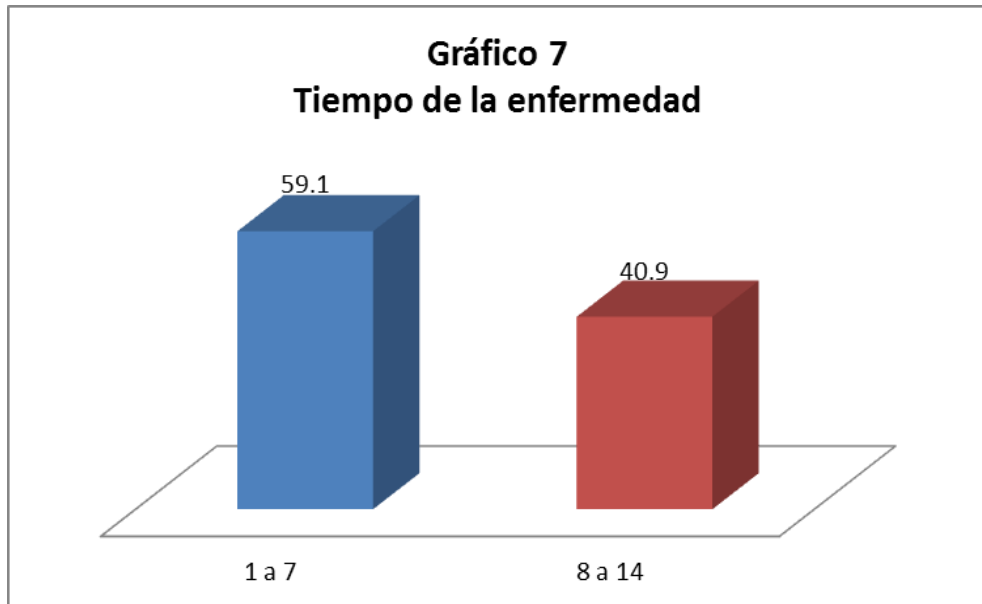


GRÁFICO 8

**POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIO DE AFRONTAMIENTO:
DEPENDENCIA EN EL CUIDADO FRENTE A LA DIABETES MELLITUS
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

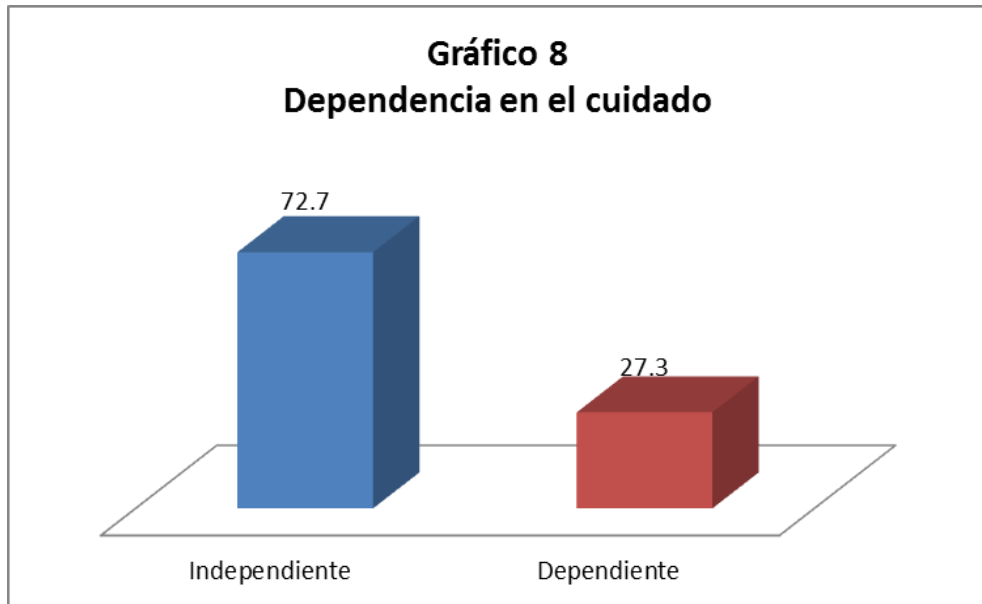


GRÁFICO 9

POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CRITERIO DE AFRONTAMIENTO: OPINIÓN DE RELACIONES FAMILIARES FRENTE A LA DIABETES MELLITUS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

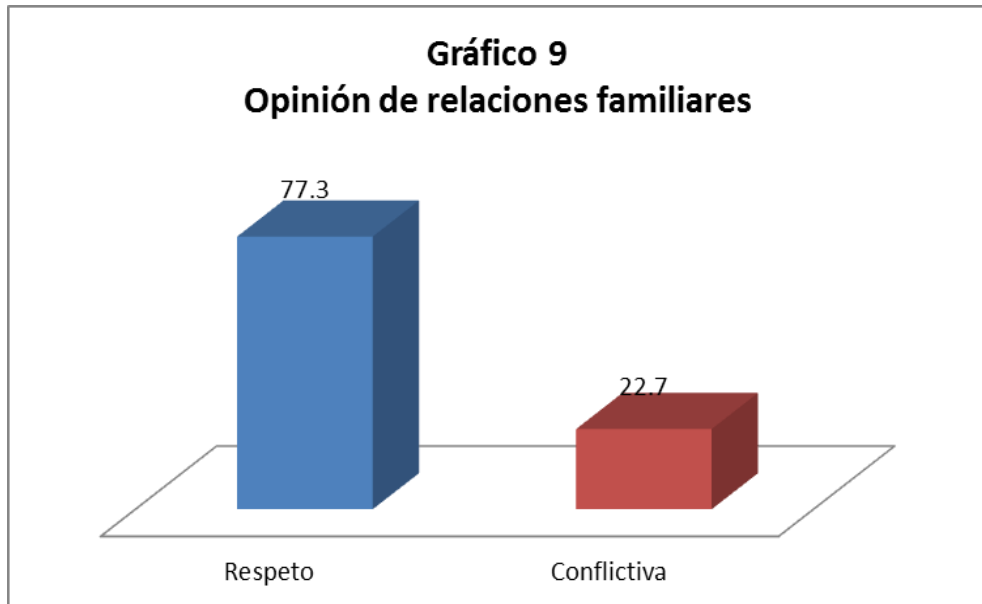


TABLA 8

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOINFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO: INFORMACIÓN				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	4	18.2	0	0.0	4	18.2
Regular	5	22.7	4	18.2	9	40.9
Bajo	5	22.7	4	18.2	9	40.9
Total	14	63.6	8	36.4	22	100.0

g.l.(2) $X^2_c = 2.8 < X^2_t = 5.991$

Por la prueba estadística ji cuadrado se establece que el afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes en estudio no influye en el autocuidado referente a la información.

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; en la tabla se tiene que el autocuidado por medio de la información es alto en el 63.6% de los pacientes y el afrontamiento es regular y bajo en el 40.9% de los mismos para cada caso.

GRÁFICO 10

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOINFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

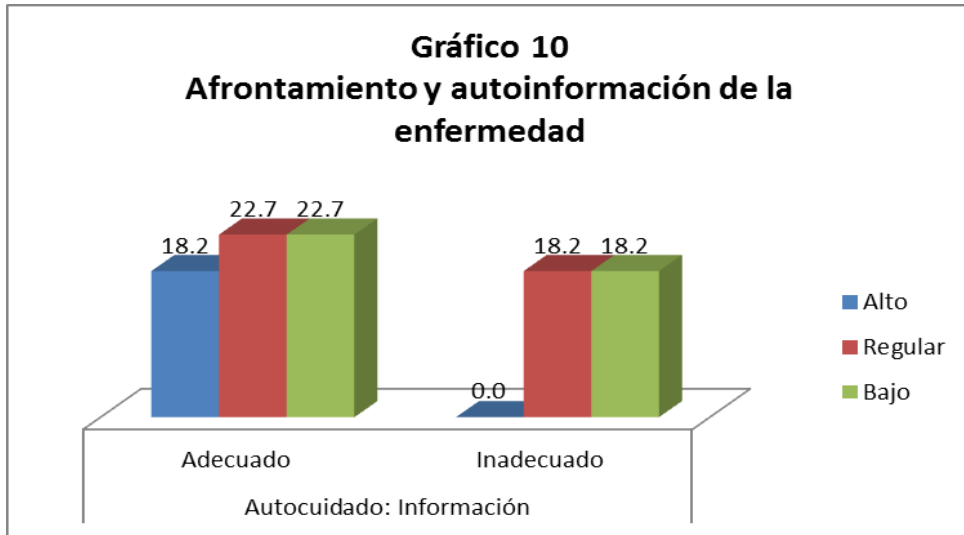


TABLA 9

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADOS DE LA HIGIENE HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO: HIGIENE				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	4	18.2	0	0.0	4	18.2
Regular	2	9.1	7	31.8	9	40.9
Bajo	4	18.2	5	22.7	9	40.9
Total	10	45.5	12	54.5	22	100.0

g.l.(2) $X^2_c = 6.8 > X^2_t = 5.991$

Con una probabilidad de error del 5%, la prueba estadística ji cuadrado determina que el afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados influye en el autocuidado referente a la higiene.

Se puede identificar en esta tabla que el 18.2% de los pacientes en estudio con un afrontamiento alto les corresponde un autocuidado, en la higiene, adecuado; a diferencia de un afrontamiento bajo, donde de 40.9% el 22.7% le corresponde en este autocuidado de inadecuado.

GRÁFICO 11

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADOS DE LA HIGIENE HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

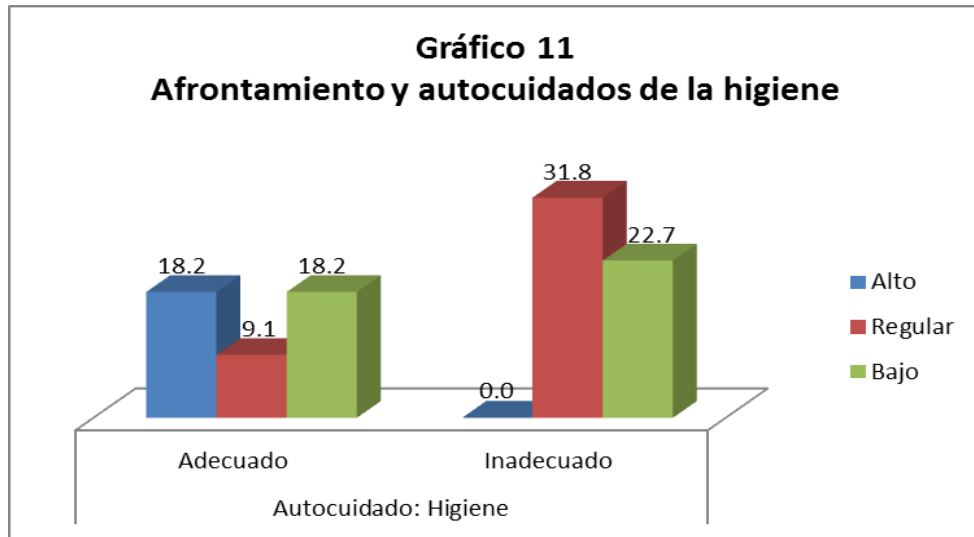


TABLA 10

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE CONTROLES
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO: CONTROL DE SALUD				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	2	9.1	2	9.1	4	
Regular	6	27.3	3	13.6	9	18.2
Bajo	4	18.2	5	22.7	9	40.9
Total	12	54.5	10	45.5	22	100.0

g.l.(2) $X^2_c = 0.9 < X^2_t = 5.991$

El resultado de la prueba estadística aplicada: ji cuadrado determina que el afrontamiento no influye en el autocuidado en el control de salud.

Se puede observar en esta tabla que el 54.5% de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, presentan un autocuidado, en el control de la salud, de adecuado y un 45.5% de inadecuado.

GRÁFICO 12

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE CONTROLES HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

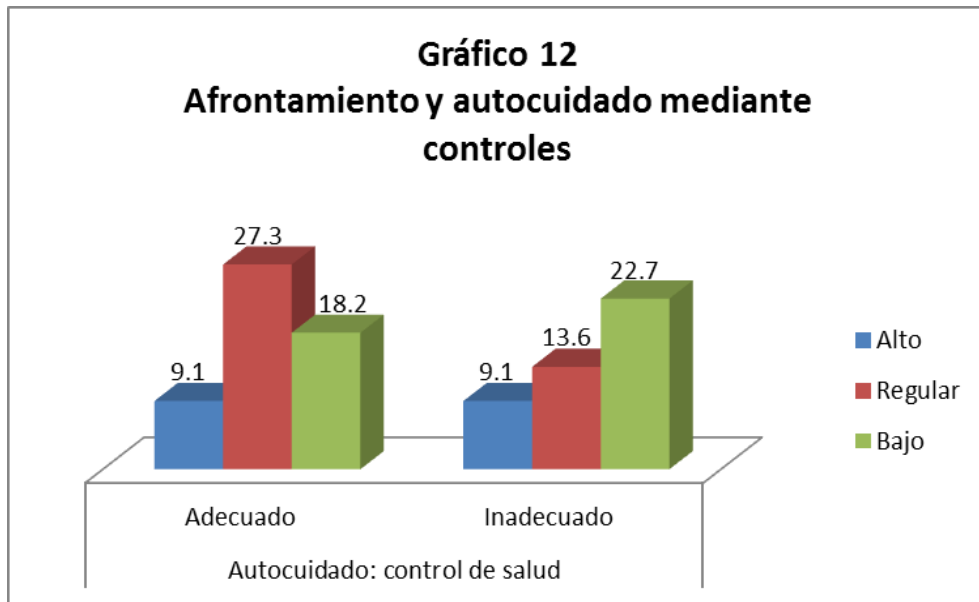


TABLA 11

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE ACTIVIDADES FÍSICAS HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO: ACTIVIDAD FÍSICA				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alto	4	18.2	0	0.0	4	18.2
Regular	7	31.8	2	9.1	9	40.9
Bajo	2	9.1	7	31.8	9	40.9
Total	13	59.1	9	40.9	22	100.0

$g.l.(2) \quad X^2_c = 9.1 > X^2_t = 5.991$

La prueba estadística ji cuadrado establece que el afrontamiento influye en el autocuidado en la actividad física de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina.

En la tabla se puede identificar que todos aquellos pacientes con un alto afrontamiento: 18.2% presentan un adecuado afrontamiento en el autocuidado en la actividad física; a diferencia del 31.8% con un bajo afrontamiento que les corresponde un inadecuado autocuidado.

GRÁFICO 13

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE ACTIVIDADES FÍSICAS HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

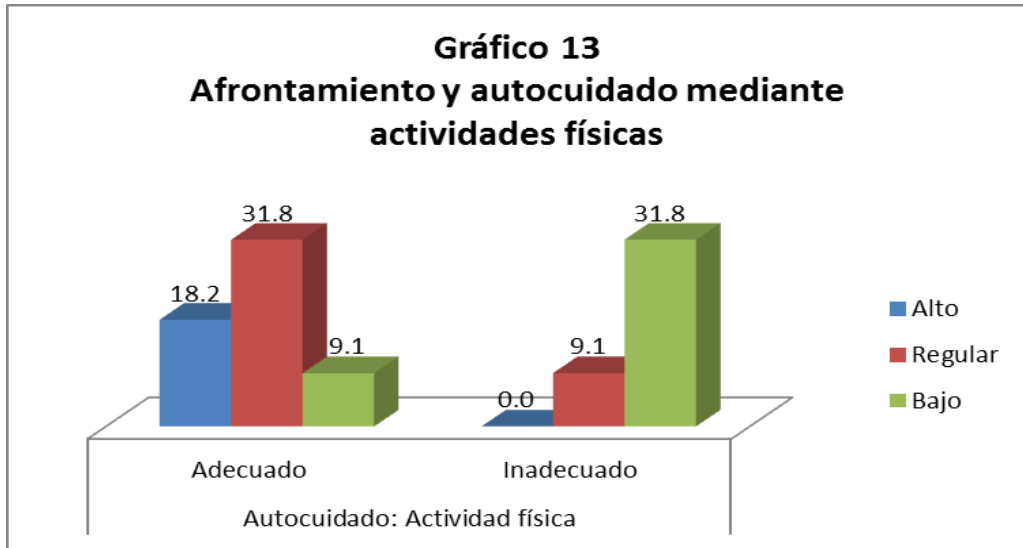


TABLA 12

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE LA DIETA
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO: DIETA				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	2	9.1	2	9.1	4	18.2
Regular	3	13.6	6	27.3	9	40.9
Bajo	5	22.7	4	18.2	9	40.9
Total	10	45.5	12	54.5	22	100.0

g.l.(2) $X^2_c = 0.9 < X^2_t = 5.991$

El afrontamiento no influye en el autocuidado referente a la dieta de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica.

En la tabla se tiene que el 54.5% de los pacientes en estudio presenta un autocuidado inadecuado y un 45.5% de adecuado.

GRÁFICO 14

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE LA DIETA HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016

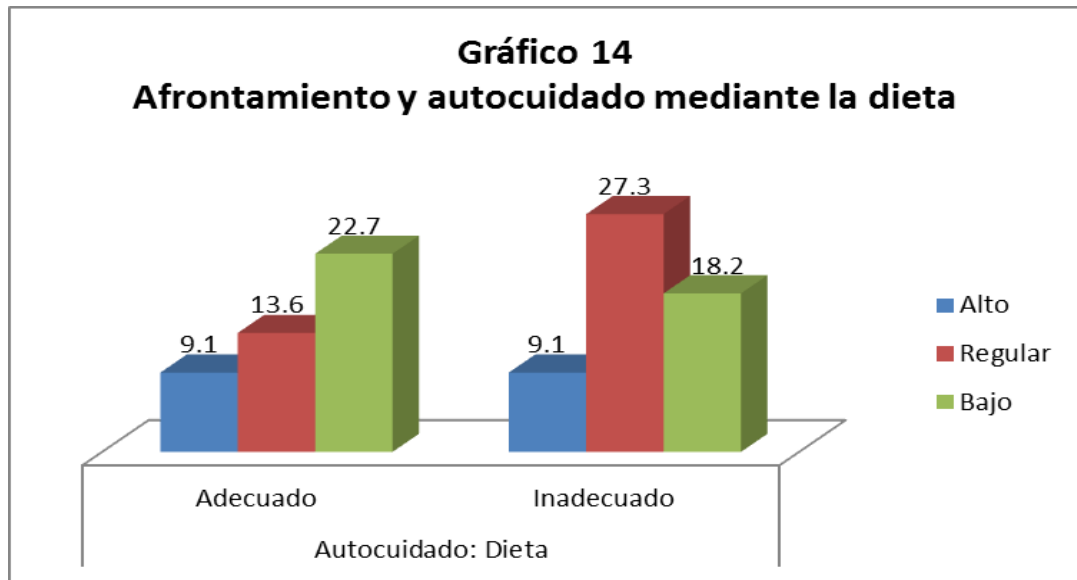


TABLA 13

**NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE EL TRATAMIENTO
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016**

AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO: TRATAMIENTO				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	3	13.6	1	4.5	4	18.2
Regular	6	27.3	3	13.6	9	40.9
Bajo	6	27.3	3	13.6	9	40.9
Total	15	68.2	7	31.8	22	100.0

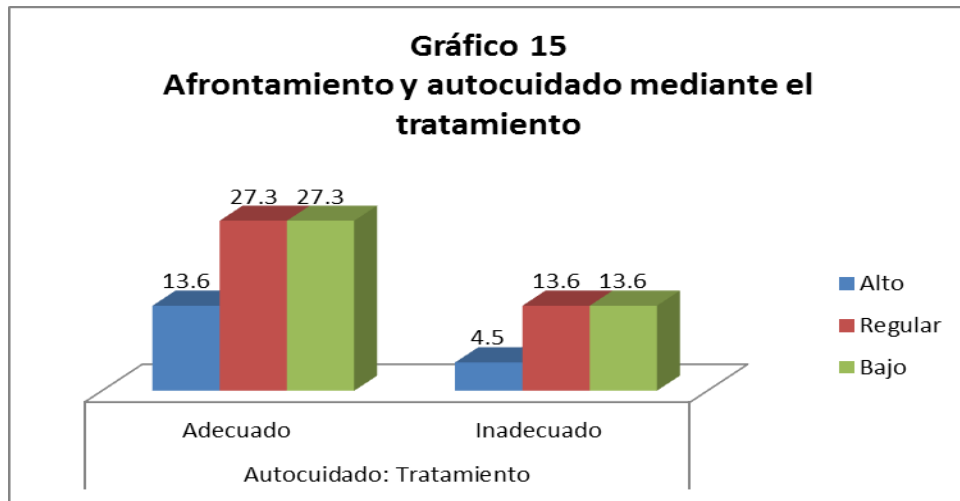
g.l.(2) $X^2_c = 0.1 < X^2_t = 5.991$

Con una probabilidad del 5%, la prueba estadística aplicada: ji cuadrado, determina que el afrontamiento de la enfermedad no influye en el autocuidado en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica.

La presenta tabla permite determinar que el 68.2% de los pacientes en estudio tienen un adecuado autocuidado en el tratamiento y un 31.8% de inadecuado.

GRÁFICO 15

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO MEDIANTE EL TRATAMIENTO HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA 2016



B. DISCUSIÓN

En las tablas 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7 correspondientes a los datos generales se obtuvo que el 36.4%, de los pacientes tienen edades comprendidas entre 54 y 59 años, el 27.3% entre 42 y 47 años y entre 48 y 53 años respectivamente; se observa con mayor frecuencia pacientes del sexo masculino 68.2% frente al femenino 31.8%. El 72.7%, de los pacientes en estudio, son casados, el 13.6% son viudos, el 9.1% son separados y un 4.5% son solteros. El 72.7%, de los pacientes proceden del departamento de Ica. El 45.5% de nuestra población en estudio presenta como grado de instrucción superior, el 36.4% secundaria y el 18.2% primaria. El 54.5% de pacientes son obreros y el 18.2% son independientes y amas de casa para cada caso. El 59.1% de nuestra población en estudio presenta la enfermedad entre 1 y 7 años; también se tiene que el 72.7% son independientes en el cuidado y 77.3% tienen respeto en las relaciones familiares. El afrontamiento de los pacientes tiene que ver muchos con las características analizadas, los resultados demuestran que la Población de pacientes son adultos jóvenes, trabajadores e independientes, quienes pueden realizar cambios en sus estilos de vida para lograr una mejoría en sus niveles de glucosa; la mayoría son varones lo que demuestra que existe un descuido en los hábitos nutricionales y por el trabajo muchos presentan una vida sedentaria; la procedencia influye en un comportamiento sedentario evidenciado en las grandes orbes; existe un gran porcentaje de pacientes con estudios básicos lo que puede ser un factor determinante en el aprendizaje y captación de las recomendaciones brindadas por el profesional de enfermería; como se demuestra la gran mayoría son obreros o trabajadores dependientes por lo que se puede concluir que el tipo de trabajo sedentario influye en el estado nutricional y la presencia de sobrepeso u obesidad; la mayoría presenta la enfermedad recientemente por lo que se evidencia que no existe un cambio en rutina diaria y menos aún un conocimiento óptimo con respecto a la enfermedad.

En la tabla 8 se tiene que el autocuidado por medio de la información es alto en el 63.6% de los pacientes y el afrontamiento es regular y bajo en el 40.9% de los mismos para cada caso. Los resultados evidencian que existe un porcentaje

considerable que presenta problemas en el conocimiento por ende afecta en el afrontamiento hacia la enfermedad, presentándose una negación natural por la enfermedad y que aún no es superada.

En la tabla 9 se pudo identificar que el 18.2% de los pacientes en estudio con un afrontamiento alto les corresponde un autocuidado, en la higiene, adecuado; a diferencia de un afrontamiento bajo, donde de 40.9% el 22.7% le corresponde en este autocuidado de inadecuado. Se observa que existe un afrontamiento adecuado a lo que corresponde a la higiene, lo que quiere decir que los pacientes a pesar de no tener los conocimientos adecuados de forma mecánica practicas una higiene adecuada, lavado de pies y corte de uñas periódicamente.

En la tabla 10 se puede observar que el 54.5% de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, presentan un autocuidado, en el control de la salud, de adecuado y un 45.5% de inadecuado. Los resultados evidencian que los pacientes presentan un afrontamiento adecuado en relación am los controles, esto demuestra que a pesar de no tener conocimientos o practicas adecuadas asisten a los controles estipulados por los médicos o personal de enfermería, lo que significa que los pacientes realizan las recomendaciones a la asistencia a consulta pero esto no se refleja en su accionar, muchas veces asisten a los controles solo por los medicamento y para no gastar comprando en otros lugares, además se corrobora que muchos de ellos lo realizan por la obligación de los profesionales de salud, ya que se impone como condición para futuras citas y entregas de medicamentos.

En la tabla 11 se obtuvo que el 18.2% presentan un adecuado afrontamiento en el autocuidado en la actividad física; a diferencia del 31.8% con un bajo afrontamiento que les corresponde un inadecuado autocuidado. Los pacientes diabéticos como se mencionó anteriormente no realizan adecuadamente actividad física por el sedentarismo que presentan por la rutina diaria, este factor es desencadenante para el sobrepeso y obesidad, así como en la regulación de la glucosa en sangre, llegando a presentar niveles altos en los controles o consultas.

En la tabla 12 se tiene que el 54.5% de los pacientes en estudio presenta un autocuidado inadecuado y un 45.5% de adecuado en relación a la dieta; los resultados corroboran lo mencionado ya que la actividad física y la dieta son factores primordiales en el control de la diabetes y se evidencia que existe un comportamiento inadecuado, no existe una dieta muchas veces porque no existe alguien que la haga en el hogar y en otras ocasiones porque muchos de ellos se alimentan en la calle consumiendo alimentos chatarra y altos en carbohidratos o azúcares sintéticos.

La tabla 13 permite determinar que el 68.2% de los pacientes en estudio tienen un adecuado autocuidado en el tratamiento y un 31.8% de inadecuado. Los pacientes a pesar de cumplir con el tratamiento aun presentan niveles de glucosa altas, esto corrobora que a pesar de tomar los medicamentos algo está fallando, y la respuesta se encuentra en el análisis de las tablas anteriores donde se especifica que no existe un mantenimiento de la dieta y de la actividad física y ya que los medicamentos no presentan un resultado adecuado si no se cumplen con las recomendaciones brindadas, muchos de los pacientes piensan que la medicación les va a solucionar el problema dejando de lado los cuidados que se deben de tener en cuenta.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA El 36.4%, de los pacientes tienen edades comprendidas entre 54 y 59 años, con mayor frecuencia pacientes del sexo masculino en el 68.2%, el 72.7%, de los pacientes en estudio, son casados, 72.7% son de Ica, el 45.5% de la población en estudio presenta como grado de instrucción superior, un 54.5% son obreros.

SEGUNDA: El autocuidado por medio de la información es alto en el 63.6% de los pacientes y el afrontamiento es regular y bajo en el 40.9% de los mismos para cada caso. El 31.8% con bajo afrontamiento les corresponde un inadecuado autocuidado.

TERCERA: El 54.5% presentan un autocuidado, en el control de la salud, de adecuado, el 68.2% de los pacientes en estudio tienen un adecuado autocuidado en el tratamiento y un 31.8% inadecuado.

B. RECOMENDACIONES

1. La identificación de las características socioculturales de los pacientes para elaborar estrategias educativas acordes a sus creencias, costumbres y niveles educativos.
2. La implementación de talleres sobre afrontamiento en los pacientes y familiares que están inmersos en el cuidado y autocuidado de pacientes con diabetes mellitus, promoviendo una actitud positiva sobre el cuidado y las medidas preventivas que se deben tener para evitar complicaciones a futuro.
3. El seguimiento del paciente diabético, no solo en la consulta sino también a través de visitas domiciliarias para evaluar la efectividad del autocuidado y las técnicas utilizadas diariamente para lograr una concientización del paciente y familia en la consecución de promover hábitos saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zúñiga S, Aldrete J, Alexanderson E, Arechavaleta M, García E, García P, et al. Liraglutida en el contexto actual del tratamiento de la diabetes mellitus. Med. Int Mex. Vol 27. Num. 2. México. 2011. Pag. 141-159
2. López C, Avalos M. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. México. 2012. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm
3. Peñarrieta M, Vergel S, Lezama S, Rivero R, Taípe J, et al. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. Rev. Enferm Herediana. Vol 6, N° 1. Pag 42 – 49. Lima. 2013. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-autoimanejo-peru-publicado-2013.pdf>
4. Merchan M. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. Universidad de Alicante. España. 2014. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Situación Mundial de la Diabetes Mellitus. Cuba. 2013. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en: <http://heberprot-p.cigb.edu.cu/index.php/es/2013-04-07-14-27-27/situacion-mundial>
6. OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos de Salud 2011. Washington D.C. 2011. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6150&itemid=0&lang=es

7. International Diabetes Federation. La carga mundial. Atlas diabetes. 6ta edición. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2013]. URL disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>
8. Federación Mexicana de Diabetes. Diabetes en México: Encuesta Nacional de salud y nutrición. México D.F. 2012. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
9. Córdova J, Hernandez M, Ortiz M, León M, Sotelo J, et al. Programa de acción específica 2007-2012: Diabetes Mellitus. 1era ed. México D.F. 2012. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en: www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=518&itemid=329
10. Peñarrieta M, Vergel S, Lezama S, Rivero R, Taipe J, et al. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. Perú. 2013. Rev enferm Herediana. Vol 6. N°1. Pag. 42 – 49.
11. OPS. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Managua. 2010. [Fecha de acceso el 06 de marzo del 2014]. URL disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3040&itemid=0&lang=es
12. Suarez Z. Conductas buscadoras de salud en diabetes mellitus: Reforzamiento del autocuidado, usuarios de una Institución Hospitalaria. Bogotá. 2009. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis20.pdf>
13. OPS. En el Perú alrededor de dos millones de personas tienen Diabetes. Lima. 2014. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en:

http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2625:s

e-realizo-reunion-tecnica-para-validacion-de-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2&catid=1075:noticias-2014&itemid=900

14. MINSA. Diabetes Mellitus en consulta externa. Oficina General de Estadística e Informática. Lima. 2013. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en:

http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=10&lcobj=3&lcper=1&lcfreg=10/3/2014
15. López T. Diabetes un problema de salud pública. MINSA. Boletín Epidemiológico. Vol. 20. Núm. 44. Pág. 1. Lima. 2011. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/boletines/2011/44.pdf>
16. Vargas M. Mejora del autocuidado de pacientes diabéticos en zonas rurales de Panamá a través de tecnologías. Universidad Politécnica Madrid. Panamá. 2012. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en:
http://oa.upm.es/14778/1/MIGUEL_VARGAS_LOMBARDO_2.pdf
17. Vera P, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(10). Buenos Aires. 2012. Pág. 15 – 23. [Fecha de acceso el 08 de marzo del 2014]. URL disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf>
18. Fernández A, Abdala T, Alavara E, Tenorio G, López E, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 17, núm. 2, México. Abril-Junio, 2012. Pág. 94 -99. [Fecha de acceso el 10 de marzo del 2014]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006>
19. Herrera A, Andrade Y, Hernandez O, Manrique J, Faria K, et al. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado. Av.enferm. xxx. N°2. Colombia. 2012. 39-46

20. Romero I, Dos Santos M, Martins T, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010. México. 18.
21. Velásquez J, Aróstegui M, Sylvain A, Gregg E, Peña R, et al. Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Informe de la Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Managua. 2010. Pág. 8
22. Alvarado C, Sánchez C. Autocuidado de pacientes diabéticos del Club “Dulce Vida”, Hospital Naval de Guayaquil. Ecuador. 2010. [Tesis para obtener el grado de doctor]. [Fecha de acceso el 10 de marzo del 2014]. URL disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/123/1/10%20AUTOCUIDAD O%20DE%20PACIENTES%20DIABETICOS%20DEL%20CLUB%20DULCE%20VIDA.pdf>
23. Monge C. Estilos de Vida y Factores de Riesgo para complicaciones de pacientes con diabetes mellitus tipo II Hospital Nacional Arzobispo Loayza, [tesis para optar título profesional de licenciada en enfermería] Lima 2010. Pág. 9, 76
24. Leiva C. Nivel de información sobre Diabetes Mellitus y calidad de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II del programa de control de diabetes. Posta Médica Sausal – Essalud. Universidad Nacional de Trujillo. La Libertad – Trujillo. 2010.
25. Castillo M. Factores socioeconomicos, culturales y nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro del Adulto Mayor de Essalud. Universidad San Juan Bautista. [Tesis para optar el título de enfermería]. Ica. 2012. Pag. 5
26. Hidalgo E. 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. Lima. 2005. [Fecha de acceso el 10 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf

27. Sánchez Rueda G. Orem D.E. Aproximación a su teoría. Rev. Rol Enf. 1999
28. Tobon O. El autocuidado una habilidad para vivir. Colombia. 2012. [Fecha de acceso el 10 de marzo del 2014]. URL disponible en:
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
29. Quintero M. El autocuidado. OPS/OMS. Publicación científica nº 546. Washington. 1994. Pág. 184,185. [Fecha de acceso el 10 de marzo del 2014]. URL disponible en:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/autocuid.pdf>
30. Burton W. El autocuidado. Boletín técnico de ergonomía. Journal of Occupational and Environmental Medicine. Nº 1. [Fecha de acceso el 10 de marzo del 2014]. URL disponible en:
<http://www.hurtadohosp.cl/intranet/saludocupacional/achs/boletinautocuidado.pdf>
31. Ferguson J, Kelly S, Laing R. Autocuidado. OMS. Argentina. 1998. [Fecha de acceso el 11 de marzo del 2014]. URL disponible en:
<http://www.safyb.org.ar/wp/oms-autocuidado/>
32. López A, Guerrero S. International perspective relative to Orem General Theory. Universidad de Antioquia / Facultad de Enfermería / Investigación y Educación en Enfermería / Medellín, Vol. XXIV N.º 2, septiembre de 2006. Pág. 91,92
33. Vega O, Gonzales D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. Vol. 4. Nº 4. Santander. 2005. Pág. 28-33
34. Taylor, S. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Elsevier. Barcelona. 2007. Pág. 267-295.
35. Universidad de Cantabria. Bases Históricas y teóricas de la enfermería. España. 2010. [Fecha de acceso el 11 de marzo del 2014]. URL disponible en:
[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(III).pdf)

36. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Murcia. 2010. [Fecha de acceso el 11 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200004&script=sci_arttext
37. Contreras A, Contreras A, Hernandez C, Castro M, Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Investigaciones Andinas. Vol. 15. Num. 26. Sincelejo. 2013. Pág. 667 - 678
38. Maldonato MA, Bloise D., Baldelli A. Unidad de diabetes, ciencias clínicas. Universidad La Sapienza, Roma, Italia. Desg Teachingletter N° 27- Actividad física y diabetes. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en: www.desg.org/index2.php?option=com_docman&task
39. Sociedad Española de Oncología Médica - C/ Velázquez, 7, 3ª planta. 28001 Madrid [Base de datos] 2009 [On line]. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en: [Saludable.eswww.oncosaludable.es/.../alimentación.../113936-en-el-caso-del-paci](http://www.oncosaludable.es/.../alimentación.../113936-en-el-caso-del-paci)
40. Marcano R. Diabetes mellitus: Definición, diagnóstico y clasificación [Base de datos en línea] Medicina interna 2010 Caracas Venezuela. URL disponible en: www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes_mellitus.htm
41. Turnes A. Introducción a la historia de la diabetes mellitus en la era Pre – Insulinica. Uruguay. 2011. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/diabetes_melli.pdf
42. López C, Avalos M. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. México. 2013. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm
43. Pineda N, Cano C, Ambard M, Mengual E, Medina M, Leal E, et al. Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. Venezuela.

2004. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0798-02642004000100003&script=sci_arttext

44. Pereda S, De Pablos P. Epidemiología de la diabetes mellitus. España. 2015. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13112118&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=12&ty=9&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=12v54nSupl.3a13112118pdf001.pdf
45. Lozano E. La importancia de la educación en diabetes. Córdoba. 2011. [Fecha de acceso el 13 de marzo del 2014]. URL disponible en:
<http://diabeteshospitalcordoba.com/2013/01/16/la-importancia-de-la-educacion-en-diabetes/>
46. Fitz D. Diabetes and Hormone Center of the Pacific. un centro actual y completo para el diagnóstico y tratamiento de diabetes y trastornos hormonales [sede web] EE. UU 1996; American Diabetes Asociación. [fecha de acceso 28 de agosto del 2012] tomado en:
<http://www.endocrinologist.com/Espanol/diabetes.htm>
47. Hijar A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC, signos y síntomas de la diabetes; [tesis para optar título profesional de licenciada en enfermería] Lima. Universidad Mayor de San Marcos [En línea]. 2008. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2012]. disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbib/notice.xsp?id=sisbib.2008.hijar_ra-principal&qid=pcd-q&base=documents&dn=1&id_doc=sisbib.2008.hijar_ra&num=&query
48. Prevención es una iniciativa de Osplad: Prevención y Detección Precoz de la Diabetes; Argentina. [En línea].2008 [Fecha de acceso 28 de agosto de 2012] disponible en: <http://www.osplad.org.ar/prevencion/programas/pdf/diabetes.pdf>

49. Diabetes. Salud Chicago.com. [Artículo de la Enciclopedia Médica MedLine Plus de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU y los Institutos Nacionales de Salud.]EE. UU [actualizado 2007, Fecha de acceso 28 de agosto de 2012] disponible en: <http://saludchicago.com/diabetes.htm>

50. Gástelo D, Universidad Perú. La Actitud en una Sociedad Preestablecida. [En línea] 2012. [Fecha de acceso 28 de agosto de 2012]URL disponible en: <http://www.universidadperu.com/articulo-la-actitud-en-una-sociedad-preestablecida-universidad-peru.php>

ANEXOS

ANEXO Nº 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Buenos días soy la enfermera Elida De la Cruz y estoy realizando una investigación titulada AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA - ICA, 2014, por lo que se le solicita responder a las interrogantes a realizarle con la mayor veracidad posible.

Gracias

I. Datos Generales:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

- a) 40 – 44 ()
- b) 45 – 50 ()
- c) 51 – 55 ()
- d) 56 – 60 ()
- e) 61 a más ()

2. Sexo:

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero ()
- b) Casado ()
- c) Viudo ()
- d) Conviviente ()
- e) Separado ()

4. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

.....

5. ¿Hasta qué año estudio en el colegio?

- a) Analfabeto ()
- b) Primaria inc. ()
- c) Primaria comp. ()

- d) Secundaria inc. ()
- e) Secundaria comp. ()
- f) Superior ()

6. ¿A qué se dedica usted actualmente?

- a) Obrero ()
- b) Independiente ()
- c) Ama de casa ()
- d) No trabaja ()
- e) Otro.....

7. ¿Aproximadamente cuál es su ingreso económico familiar mensual?

- a) Menor de S/. 750 (sueldo mínimo vital)
- b) Mayor de S/. 750 (sueldo mínimo vital)

II. Evaluación de la enfermedad

1. ¿Desde hace cuánto tiempo es usted diabético?

.....años.

7. ¿Con qué frecuencia se lava usted los pies?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Dos veces a la semana

8. ¿Cuándo revisó sus pies por última vez en búsqueda de alguna herida?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) No lo reviso

9. ¿Quién le ayuda a usted para que cuide sus pies?

- a) Esposa
- b) Hijos
- c) Asume su autocuidado
- d) Otros

10. ¿Ha tenido usted alguna dificultad para cuidar sus pies?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Cuáles?

11. ¿Considera usted que es importante cuidarse la vista, cuando se es diabético?

a) SI () b) NO ()

¿Por qué?

- a) Puede aparecer cataratas
- b) Puede aparecer chalazion
- c) Puede quedarse ciego
- d) Puede aparecer migraña

12. ¿Con que frecuencia visita usted al oftalmólogo?

- a) Mensualmente
- b) Una vez al año
- c) No lo visita
- d) Dos veces al año

13. ¿Realiza usted ejercicio?

a) SI () b) NO ()

14. ¿Qué tipo de ejercicio realiza usted?

- a) Caminata
- b) Corre
- c) Trota
- d) Otros, especifique

15. ¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Dos veces a la semana

16. ¿Tiene alguna limitación para realizar ejercicios?

a) SI () b) NO ()

¿Cuáles?

.....

17. ¿Con qué frecuencia a la semana consume usted los siguientes alimentos?

Alimentos	Diario	Interdiario	Una vez a la semana
Carnes			
Verduras			
Menestras			
Frutas			
Harinas			

18. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que usted recibe?

- a) Hipoglicemiantes orales
- b) Insulina
- c) Pastillas e insulina
- d) No recibo tratamiento

19. ¿En algún momento usted ha interrumpido su tratamiento?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Cuáles son las razones?

.....

20. ¿Recibe usted apoyo económico por parte de algún familiar para cubrir con los gastos de su tratamiento?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Quién?

- a) Hijo
- b) Hermano
- c) Esposo(a)
- d) Otros

21. ¿Pertenece a una organización social de su comunidad?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Cuáles?

.....

22. ¿Cómo califica usted las relaciones que lleva con los miembros de su familia?

- a) Conflictivas

- b) Cariñosas
- c) Respetuosas
- d) Marginativas

23. ¿Utiliza usted plantas medicinales para curar su enfermedad?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Cuáles?

- a) Yacón
- b) Tuna
- c) Chancapiedra
- d) Otros

24. Cree usted que la diabetes es una enfermedad:

- a) Contagiosa
- b) Alérgica
- c) Crónica
- d) Otros

25. ¿Qué significado tiene para usted la diabetes?

- a) Es un castigo de Dios ()
- b) Es una maldición ()
- c) Es una hechicería ()
- d) Otros ().....

III. Conocimiento de la enfermedad

26. ¿Cómo define usted la diabetes?

Es una enfermedad caracterizada por:

- a) Elevación de proteínas
- b) Elevación de la azúcar
- c) Elevación de lípidos
- d) Elevación de carbohidratos

27. ¿La diabetes se puede complicar?

- a) SI
- b) NO

28. Si su respuesta es sí, mencione en que órganos se puede complicar

- a) Riñón, ojos, pies
- b) Riñón, pies, cabeza
- c) Pies, ojos, brazos
- d) Pies, cabeza, ojos

29. ¿Qué cuidados se debe tener cuando se es diabético?

- a) Cuidados de la vista, alimentación, pies
- b) Cuidados de los pies, cabeza, alimentación
- c) Cuidados de la alimentación, nariz, pies
- d) Cuidados de la cabeza, nariz, ojos

30. ¿Considera usted que es importante lavarse los pies con mayor cuidado cuando se es diabético?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Por qué?

- a) Puede crecer hongos
- b) Puede crecer uñeros
- c) Prevenir el pie diabético
- d) Puede aparecer alergias

ANEXO N° 2
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERT O N° 01	EXPERT O N° 02	EXPERT O N° 03	EXPERT O N° 04	EXPERT O N° 05	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	0	0.062
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031
					ΣP	0.248

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Número de jueces expertos.

$$P = \frac{\Sigma P}{N}$$

$$P = \frac{0.248}{7}$$

7

$$P = 0.036$$

Si $P \leq 0.5$, el grado de concordancia es significativo, y el instrumento es válido. Por lo tanto, al obtener 0.036 el instrumento planteado es válido.