

Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia

Astrid Contreras Orozco*; Adriana Contreras Machado**; Candelaria Hernández Bohórquez***; María Teresa Castro Balmaceda***; Linda Lucía Navarro Palmett***

* Docente Titular del Programa de Enfermería. Universidad de Sucre. Colombia.
astrid.contreras@unisucra.edu.co

** Docente Asociado del Programa de Enfermería. Universidad de Sucre. Colombia.
adrianacontreras40@hotmail.com

*** Enfermera egresada Universidad de Sucre. Colombia

Resumen

Introducción: el estudio tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Sincelejo (Colombia).

Métodos: el diseño fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 27 pacientes, seleccionada mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicó la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado que contempla cuatro categorías: muy baja, baja, regular y buena capacidad de autocuidado.

Resultados: la edad de los pacientes osciló entre 45 a 75 años; el 81.48% asume labores del hogar y trabajos informales. El 88.89% se ubicó en la categoría regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en cada una de las dimensiones, con medias aritméticas entre 2.70 a 3.33, y se encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios.

Conclusiones: se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas; por ello es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado.

Palabras Clave: Autocuidado; Pacientes Ambulatorios; Diabetes; Enfermería.

Self-care capacity of diabetic patients attending to external consultation. Sincelejo, Colombia

Abstract

Introduction: the main goal of this study was to determinate the self-care capacity of diabetic patients attending the external consultation of a Public Health-care provider Institution of Sincelejo.

Methods: this was a descriptive cross-sectional design. The sample consisted of

27 patients selected by a simple random sampling. It was applied the Appraisal of Self-care Agency Scale which includes four categories: very low, low, regular and good self-care capacity.

Results: the age of the patients ranged from 45 to 75 years, 81.48% of them dedicating to household work and informal jobs. The 88.9% was in the regular category of self-care capacity, with a predominance of the latter in each of the dimensions, with means between 2.70 to 3.33, and was found marked deficiencies in the areas of activity and rest, personal welfare and modification of feeding habits.

Conclusions: difficulties were evident in aspects related to social support, personal welfare, exercise, educational support, food consumption and facing of problematic situations; so it is necessary to implement integral care models to improve the health staff interaction with patients and strengthen the self-care capacity.

Keywords: Self-Care; Outpatients; Diabetes; Nursing.

Capacidade de autocuidado de pacientes diabéticos atendidos em consulta externa. Sincelejo, Colômbia

Resumo

Introdução: o estudo objetivou determinar a capacidade de autocuidado dos pacientes diabéticos, atendidos em consulta externa numa Instituição Prestadora de Serviços de Saúde em Sincelejo (Colômbia).

Métodos: o desenho foi descritivo de corte transversal. A amostragem foi conformada por 27 pacientes, selecionados de forma aleatória simples. Aplicou-se a Escala Valoração de Agencia de Autocuidado que contempla quatro categorias: muito baixa, baixa, regular e boa capacidade de autocuidado.

Resultados: a idade dos pacientes oscilou entre 45 e 75 anos; 81,48% assumem tarefas do lar e trabalhos informais; 88,89% se colocam na categoria de regular capacidade de autocuidado, com predominância desta em cada uma das dimensões, e com medias aritméticas entre 2,70 a 3,33; se encontraram marcadas deficiências nos aspectos de atividade e descanso, bem-estar pessoal e modificação de hábitos alimentares.

Conclusões: evidenciaram-se dificuldades nos aspectos relacionados ao apoio social, bem-estar pessoal, exercícios, suporte educativo, consumo de alimentos e formas de afrontar situações problemáticas. Por isso, é necessário implementar modelos de atenção integral que permitam melhorar a interação do pessoal de saúde com os pacientes e fortalecer a capacidade de autocuidado.

Palavras Chave: Autocuidado; Pacientes Ambulatoriais; Diabetes; Enfermaria.

Fecha de recibo: Agosto/2012

Fecha aprobación: Enero/2013

Introducción

El autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano y mucho más en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, cuyas actividades de cuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud. La Diabetes Mellitus como enfermedad crónica ha tenido un importante impacto sociosanitario por su alta frecuencia, las complicaciones que ocasiona y su elevada mortalidad. A nivel mundial, la diabetes se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad y afecta la productividad y el desarrollo humano; se prevé que el número de personas con diabetes para el 2030 aumentará hasta alcanzar 552 millones si no se emprenden acciones de control (1).

Godoy A. et al., plantean que los cambios, básicamente dietéticos y de actividad física sobre la base de un genotipo predisponente, aumentarían exponencialmente el número de personas afectadas por diabetes, en los países hasta ahora considerados en vías de desarrollo (2).

En Colombia, la Diabetes Mellitus se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad, egresos hospitalarios y consulta externa en personas mayores de 45 años. La Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes Mellitus, y alrededor de un 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad (3). Cabe anotar que esta enfermedad es responsable de la muerte prematura en la mayoría de los países, debido principalmente al aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 50 al 80% de las

muertes en personas con diabetes (4). En lo que respecta al departamento de Sucre, la Diabetes Mellitus también se reporta entre las diez primeras causas de mortalidad general; para el año 2009 ocupó el quinto lugar con una tasa de 1.36 por 10.000 habitantes (5).

Por otra parte, se ha demostrado que muchas de las complicaciones de la diabetes pueden prevenirse o retrasarse mediante un manejo eficaz; esto incluye medidas relacionadas con el estilo de vida como una dieta saludable, actividad física, prevención del sobrepeso, obesidad y tabaquismo. La terapia de la diabetes no solo es controlar la hiperglicemia sino que también está dirigida a la reducción de los factores de riesgo por las complicaciones diabéticas (4).

Es importante considerar el componente emocional de los pacientes, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de autocuidarse 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 (6).

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 subteorías interrelacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería (7).

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 (7).

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 (8).

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 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 (7).

En el área de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus se referencian diversos estudios, como el realizado en México por Guzmán M. et al, cuyos resultados reportan un nivel de autocuidado bueno en el 49% de los pacientes y aceptable en el 14%; concluyen que más del 50% de los pacientes presentaron disminución de las cifras de glicemia en ayunas, posterior a las sesiones educativas recibidas, y resalta la importancia del efecto de la educación en el control metabólico de estos pacientes (9).

Zafra JA. et. al, realizaron un estudio con pacientes diabéticos en el centro de salud de “El Puerto de Santa María” (Cádiz), el cual reporta que los conocimientos básicos sobre diabetes fueron escasos: el 64,3% desconocía la concentración

normal de glicemia, el 89,4% no sabía cómo realizar intercambios de alimentos en la dieta y el 44,9% ignoraba la importancia del cuidado de los pies (10).

Amador MB. et al, en un estudio sobre factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos, muestra que el 62% poseen capacidad de autocuidado, mientras que 37,5% clasificaron como pacientes sin autocuidado (11).

El estudio de Suárez Morales B., sobre conductas buscadoras de salud en Diabetes Mellitus, registra que a nivel cognitivo los conocimientos no fueron claros y precisos con relación a las causas, manifestaciones clínicas, tratamiento y control de la enfermedad; en la dimensión conductual, se destacan gestiones adecuadas frente a la alimentación, actividad física, manejo del estrés e higiene corporal (12).

Teniendo en cuenta el contexto anterior y las políticas que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control de las enfermedades crónicas, el presente estudio tiene como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública, en el municipio de Sincelejo (Colombia). Se utiliza un diseño descriptivo de corte transversal y se valora la capacidad de autocuidado en cinco dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo de alimentos y promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

Los resultados proporcionan las bases para implementar estrategias de atención que fortalezcan en los pacientes diabéticos la capacidad de autocuidado, con el fin de disminuir las complicaciones y mortalidad que genera esta enfermedad.

Materiales y métodos

El tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 166 pacientes, inscritos en el Programa de Control de Diabetes de una Institución de Salud Pública de Primer Nivel de Atención del municipio de Sincelejo (Colombia); se seleccionó una muestra de 27 pacientes dentro de un marco de muestreo aleatorio simple, utilizando un nivel de confianza del 90% y un error de 9%, para una *n* final de 26. (13).

La recolección de la información se llevó a cabo en un período de cuatro meses en el domicilio de los participantes, quienes firmaron el consentimiento informado previa orientación de los objetivos del estudio y principios éticos pertinentes. Se aplicó el instrumento denominado “Escala Valoración de agencia de autocuidado (ASA)” (14), segunda versión en español, la cual consta de 24 ítems y cuatro opciones de respuesta tipo Likert, con las siguientes puntuaciones: uno (nunca) corresponde a la evaluación más baja de la capacidad de autocuidado, dos (casi nunca), tres (casi siempre) y cuatro (siempre) correspondiente a la evaluación más alta. La escala ASA tiene un rango de 24 a 96 puntos, y para clasificar la capacidad de autocuidado se tuvieron en cuenta las siguientes categorías establecidas por los autores: muy baja agencia de autocuidado: 24 a 43 puntos; baja agencia de autocuidado: 44 a 62 puntos; regular agencia de autocuidado: 63 a 81 puntos y buena agencia de autocuidado: 82 a 96 puntos. Además de la Escala ASA se aplicó un formato de encuesta semiestructurada para caracterizar la muestra sociodemográficamente e indagar el tiempo de padecimiento y tratamiento.

El procesamiento de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS 15.0. Para el análisis de la información obtenida a través de la escala ASA, se tuvieron en cuenta los ítems para cada una de las dimensiones sugeridas por la autora (15), tales como interacción social: 12 y 22; bienestar personal: 2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21 y 23; actividad y reposo: 3, 6, 11, 13 y 20; consumo de alimentos: 9 y promoción del funcionamiento y desarrollo personal: 1, 10,18 y 24.

Los rangos de medias aritméticas utilizados para el análisis de las puntuaciones obtenidas por ítems fueron: muy baja capacidad de autocuidado: 1 – 1,50; baja: 1,51 – 2,50; regular: 2,51 – 3,50 y buena: 3,51 – 4,0.

Resultados

La caracterización sociodemográfica de los pacientes reportó edades que oscilaron entre 45 a 75 años, predominó el grupo etario de 56 - 65 años con un 48%; el sexo femenino y masculino estuvo representado

con 55 y 44% respectivamente. El estado civil se centró en la categoría casado en un 29.63%, seguido de viudo y unión libre con un 25.93% respectivamente. Se encontró un bajo nivel de escolaridad representado por el 37% con estudios de primaria completa, un 26% que no culminaron los estudios de primaria y secundaria y 22.22% no tuvo acceso al sistema educativo.

El estrato socioeconómico dos sobresalió con un 62.96%, el segundo correspondió al estrato uno con un 29.63%. La mayoría de los pacientes se dedican a trabajos informales, seguido de labores de ama de casa, correspondientes a 15 y 33.33% respectivamente. El 88.80% reportó ingresos mensuales en la familia menores de \$435.000.

Respecto al tiempo de padecimiento y de tratamiento, el mayor porcentaje (51.85%) se encontró en pacientes que tienen más de 5 años de padecer diabetes e igual tiempo de estar en tratamiento, seguido de un 37.03% que reportó entre 1 a 5 años como tiempo de padecimiento y de tratamiento (Figura 1).

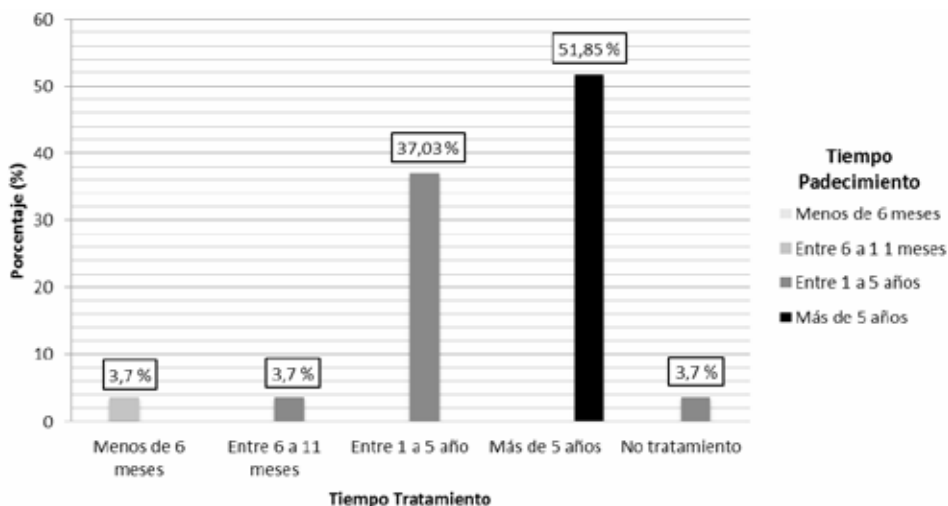


Figura 1. Tiempo de padecimiento y de tratamiento de pacientes diabéticos. Institución Prestadora de Servicios de Salud Nivel I. Sincelejo, Colombia. 2011.

Fuente: Aplicación de la encuesta sociodemográfica, 2.011



Figura 2. Distribución porcentual de la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos. Sincelejo 2011.

Fuente: Aplicación de la Escala Valoración de agencia de autocuidado (ASA), 2ª versión en español. Colombia.

En lo concerniente a la capacidad de autocuidado, los resultados globales muestran que un alto porcentaje de pacientes presentaron regular capacidad de autocuidado con un 88,89%. La puntuación mínima correspondió a 63 puntos y la máxima a 88 puntos. (Figura 2)

En cuanto a la dimensión de interacción social, se valoró la capacidad del paciente para solicitar ayuda a personas o grupos sociales en búsqueda de beneficios para el cuidado de su salud; los resultados arrojaron medias aritméticas equivalentes a una regular capacidad de autocuidado. (Cuadro 1)

En la dimensión de bienestar personal, entendida esta como las acciones que realiza el paciente para prevenir

o controlar situaciones que afectan el autocuidado y confort, predominó la categoría regular capacidad de autocuidado, con valores promedios entre 2,74 a 3,0, en los componentes de habilidades comunicativas, máxima atención y vigilancia del paciente respecto a si mismo. Además, el aspecto relacionado con el apoyo educativo que recibe el paciente al tomar nuevos medicamentos, clasificó en la categoría baja con una media aritmética de 2,22. (Cuadro 2)

Respecto a la actividad y reposo, se resalta la categoría regular capacidad de autocuidado, con valores mínimos de media aritmética en los aspectos referidos a disposición de energía para realizar las acciones de autocuidado y el tiempo

Cuadro 1. Valoración de la dimensión interacción social

Nº	Ítems	Media aritmética	Categoría ASA
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	3,15	Regular
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	3,26	Regular

Fuente: Aplicación de la Escala Valoración de agencia de autocuidado (ASA), 2ª versión en español. Colombia.

Cuadro 2. Valoración de la dimensión bienestar personal

Nº	Ítems	Media aritmética	Categoría ASA
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	2,22	Baja
23	Puedo sacar tiempo para mí.	2,74	Regular
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	2,81	Regular
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	2,89	Regular
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	2,93	Regular
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	2.96	Regular
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	2,96	Regular
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud de las que tengo ahora.	3,00	Regular
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	3,00	Regular

Fuente: Aplicación de la Escala Valoración de agencia de autocuidado (ASA), 2ª versión en español. Colombia.

necesario para cuidarse y descansar (ítems 20, 6 y 13). Por otro lado el ítem 11 que hace referencia al mantenimiento del equilibrio actividad–descanso, clasificó en la categoría baja. (Cuadro 3)

La dimensión consumo de alimentos se valoró a través del ítem 9 que clasificó en la categoría regular, con una media aritmética de 2,67 y hace referencia a los cambios alimenticios que realiza el paciente para mantener el peso adecuado.

Cuadro 3. Valoración de la dimensión actividad y reposo

Nº	Ítems	Media aritmética	Categoría ASA
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.	2,22	Baja.
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	2,70	Regular
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	3,00	Regular
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansada.	3,20	Regular
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	3,33	Regular

Fuente: Aplicación de la Escala Valoración de agencia de autocuidado (ASA), 2ª versión en español. Colombia.

Con relación a la promoción del funcionamiento y desarrollo personal, los ítems 1, 10 y 18 relacionados con el afrontamiento de problemas o circunstancias cambiantes en la vida, reportaron dentro de la categoría regular valores mínimos de media aritmética. Cabe anotar que solo el ítem 24 clasificó en la categoría buena con una media aritmética de 3,60 y hace referencia a la autonomía del paciente para cuidarse como le gusta, frente a situaciones que dificultan la movilidad.

Discusión

Los resultados muestran que las edades de los pacientes coinciden con los planteamientos de la Asociación Colombiana de Diabetes, la cual señala que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes Mellitus (3). Lo anterior implica la necesidad de proporcionar mayor motivación y atención en salud a esta población, si se quieren alcanzar las metas de autocuidado y control de la enfermedad.

En cuanto al nivel socioeconómico, un gran porcentaje de la población objeto de estudio reportó pertenecer a estratos inferiores, situación que concuerda con la estimación esperada para la atención de personas en un primer nivel de atención pública. Estos resultados son similares con los datos obtenidos en el estudio realizado por Romero E, et al, el cual señala el mayor porcentaje de pacientes diabéticos en el estrato dos (16).

La mayoría de los pacientes dedican gran parte de su tiempo a trabajos informales, seguido de labores de ama de casa, aspectos que están relacionados con el estrato socioeconómico al que pertenecen, donde es la informalidad

en el trabajo una característica de esta población. Lo anterior reafirma el grado de dificultad económica que poseen las familias de los pacientes, que en su gran mayoría no reciben salarios fijos para el sustento. Cabe anotar que el trabajo informal genera ingresos mensuales mínimos que escasamente alcanzan para el sostenimiento de una familia compuesta por dos o más personas, situación que se agrava por los gastos que demanda esta enfermedad; por lo cual los recursos económicos insuficientes se constituyen en un factor importante para mantener los cuidados especiales que requiere el paciente diabético, como lo señala Méndez V, et al, en su estudio sobre autocuidado de adultos mayores con Diabetes Mellitus (17).

Con relación a la capacidad de autocuidado de los pacientes, la prestación de servicios que se les ofrece es otro factor a considerar, puesto que una regular capacidad de autocuidado da indicios de deficiencias en el proceso de atención y seguimiento de pacientes, si se tiene en cuenta que dicha atención inicia con la educación y motivación para la vida, la cual debe ser mantenida con una constante interacción del personal de salud con los pacientes. Es importante anotar que no todo es responsabilidad del sistema de atención salud, pero este se convierte en la base fundamental para el desarrollo del autocuidado.

Respecto a los resultados por dimensiones, la mayoría de estos reportaron valores mínimos de media aritmética en la categoría regular capacidad de autocuidado, lo cual indica que los compromisos adquiridos por los pacientes para lograr un mejor manejo de la enfermedad no lo están cumpliendo en su totalidad, por las limitaciones en las

capacidades o habilidades de cuidado, a pesar de reportar varios años de padecimiento y de asistir al programa de control de la diabetes.

En la especificación por dimensiones de la interacción social, se evidencian debilidades en las relaciones del paciente con otras personas que les faciliten la consecución del apoyo requerido. Al respecto Saranson et al, afirman que el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad, quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal (18).

Las habilidades comunicativas, la máxima atención y vigilancia del paciente respecto a sí mismo y aspectos pertenecientes a la dimensión de bienestar personal, se situaron en valores promedios cercanos al límite inferior de la categoría regular; esto indica que los pacientes presentan dificultades para dedicar mayor tiempo a su cuidado, examinar su cuerpo, cambiar hábitos, solicitar información y emprender prácticas que optimicen su bienestar. Lo anterior puede basarse en que las labores en el hogar y el trabajo informal que requieren de mayor tiempo y afectan el autocuidado.

En lo referente a la necesidad de obtener información cuando el paciente toma nuevos medicamentos, se aprecia mayor dificultad; este aspecto contrasta con el estudio realizado por Rivera L., quien encontró en pacientes hipertensos un mejor puntaje. (19). Es trascendental mencionar que la falta de una persona que le brinde información al paciente sobre los efectos secundarios de un medicamento, y la complejidad de comprender este evento, puede interferir

en la terapéutica instaurada. A esto se suma que el bajo nivel de escolaridad encontrado, contribuye a potencializar de manera negativa el logro de los objetivos. Otro componente que se relaciona con el nivel de escolaridad e ingresos económicos insuficientes, es la adopción de hábitos alimenticios inadecuados que no promueven un buen mantenimiento de la salud y del peso corporal.

Romero I, et al, sostienen que el bajo nivel escolar ligado a un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad, dificulta el proceso de aprendizaje para el autocuidado, interfiere en la prevención y diagnóstico precoz, y aumenta la predisposición para el padecimiento de complicaciones (20).

Cabe resaltar que desde la perspectiva planteada por Orem (7), es importante mejorar el método de ayuda que se ofrece al paciente, de tal forma que se lleven a cabo acciones de enseñar, actuar, guiar y dirigir para resolver o compensar las limitaciones que pueden presentar los pacientes, con el fin de alcanzar la metas de autocuidado propuestas. En tal sentido, Bolaños E, et al, afirman que es necesario comprender cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad, de tal manera que la información que les proporcionan los profesionales, ha de adaptarse a las necesidades de los pacientes y producirse en un clima de confianza (21).

En cuanto a la actividad y reposo, los pacientes presentan dificultades a la hora de realizar ejercicios y tomar tiempo para ellos, lo que podría estar relacionado con la falta de motivación, el desconocimiento de la importancia de estos para la salud o el dedicarse exclusivamente a las labores cotidianas y no prestar la suficiente

atención a las medidas de autocuidado. Similares resultados se hallaron en el estudio realizado por Cely M et. al, que concluyó la relación entre deficiencias en la dimensión de actividad, con la falta de interés del paciente (22).

En las habilidades para sortear situaciones presentadas, donde se pone a prueba el afrontamiento y la capacidad de resolución de problemas, los datos obtenidos muestran limitaciones en este tópico, evidenciando la necesidad de fortalecer las conexiones de soporte familiar, de amigos y de instituciones, a fin de permitir la interacción personal que promueva el desarrollo de destrezas y el crecimiento personal. Por otro lado la autonomía puntuó en la categoría buena, lo que muestra que a pesar de las particularidades de estos pacientes, logran cuidarse sin la intervención directa de otras personas.

Lo anterior conduce a la necesidad de mejorar los procesos de atención que se ofrecen a los pacientes, si se tiene en cuenta que los programas de control de la diabetes representan una valiosa herramienta para la inclusión de prácticas saludables en el manejo de la enfermedad y en la evaluación de los avances y retrocesos que cada paciente tiene en el cuidado de su salud, e implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer en estos la capacidad de autocuidado.

Agradecimientos

A la Universidad de Sucre, al personal de salud y pacientes del Programa de Control de la Diabetes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, por su valioso apoyo durante la realización de este estudio.

REFERENCIAS

1. Federación Internacional de Diabetes. Plan Mundial contra la Diabetes. 2011-2021. [acceso 28 de Mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
2. Goday A., et al. Epidemiología de la Diabetes Mellitus. En: Tébar FJ, Escobar F. La Diabetes Mellitus en la práctica clínica. Madrid: Médica Panamericana. 2009.
3. Ministerio de Protección Social de Colombia. Guía y normas 412. Tomo II. Guía de atención de la Diabetes Mellitus tipo 2 (guía 17) [acceso 24 de Enero de 2011]. Disponible en: www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf
4. Beaglehole R, Lefévre P. Actuemos ya contra la Diabetes. [en línea] [acceso 23 de Enero de 2011]. Disponible en http://www.who.int/diabetes/actionnow/Booklet_final_version_in_spanish.pdf
5. Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud de Sucre. Indicadores Básicos de Salud del Departamento de Sucre. 2010.
6. Brannon L, Freist J. Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo – Thomson Learning. 2001.
7. Orem D. Nursing. Concepts of practice. 6ª ed. St Louis: Mosby, 2001. p.256 – 522.
8. Guirao Goris JA. La agencia de autocuidado. Una perspectiva desde la complejidad. [en línea] 2.003 [acceso 4 de Febrero de 2.011]. Disponible en: www.enfermeria21.com/educare/educare_02/aprendiendo/aprendiendo2.htm.
9. Guzmán MI, Cruz AJ, Parra J, Manzano M. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas.

- Rev. Enferm IMSS [en línea] 2005 [acceso 4 de Febrero de 2.011] 13(1): 9 – 13. Disponible en http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/BDAA9864-9DEC-4CC4-93BE-64866EE11098/0/1_913.pdf
10. Zafra JA, Méndez JC, Failde I. Nivel de conocimientos y autocuidado de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). *Endocrinol Nutr.* [en línea] 2001 [6 de Febrero de 2.011]; 48(07):187-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/12/12v48n07a13019765pdf001.pdf>
 11. Amador MB, Márquez FG, Sabido AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos de Medicina Familiar* [en línea] 2.007[acceso 14 de Febrero de 2.011]; 9(2): 99 – 107. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/507/50711454006.pdf>
 12. Suárez B. Conductas buscadoras de salud en Diabetes Mellitus: reforzamiento del autocuidado, usuarios de una institución hospitalaria. Bogotá D.C. Julio – Noviembre 2008. [acceso 4 de Julio de 2.011]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis20.pdf>
 13. Bautista L. Diseños de Muestreo Estadístico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.1998.
 14. Velandia A, Rivera LN. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *av.enferm.* [en línea]. 2009 [acceso 2 de Febrero de 2009]; 27(1): 38-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100005&lng=es.
 15. Gallegos Cabriales Esther. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo científico de enfermería.* 1998; 6(9): 260-266
 16. Romero E, Acosta S, Carmona I, Jaimes A, Masco MM, Vega Ch, et al. Calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 residentes en Cartagena. Colombia. *Rev.cienc.biomed.* [en línea] 2010 [acceso 18 de Julio de 2.011]; 1(2):190-198. Disponible en: <http://unicartagena.edu.co/medicina/09%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DIABETES.pdf>
 17. Méndez V, Becerril V, Morales M, Pérez VM. Autocuidado de las adultas mayores con Diabetes Mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. *Rev. Ciencia y Enfermería* [en línea] 2.010 [acceso 17 de Julio de 2011]; 16 (3):103 - 109. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_11.pdf
 18. Saranson I. G., Saranson, B. R., Hacker, T. A. y Bashman, R. B. Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985; 49, 469 - 480.
 19. Rivera L N. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. Salud pública.* 8 (3) 235_247, 2006.
 20. Romero I, Dos Santos, MA, Martins, TA, Zanetti, ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México.2007. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [acceso 12 de Julio de 2011]. Disponible en:www.eerp.usp.br/rlae
 21. Bolaños E, Sarría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Rev. Atención Primaria.* 2.003; 32 (4):195 - 202.
 22. Cely M, Espinosa X, Mateus J. y Rodríguez S. Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una Fundación de Bogotá, en el periodo comprendido entre agosto a noviembre del 2007. Tesis (pregrado en enfermería). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá D:C. [en línea] [acceso 6 de agosto de 2012]; Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>