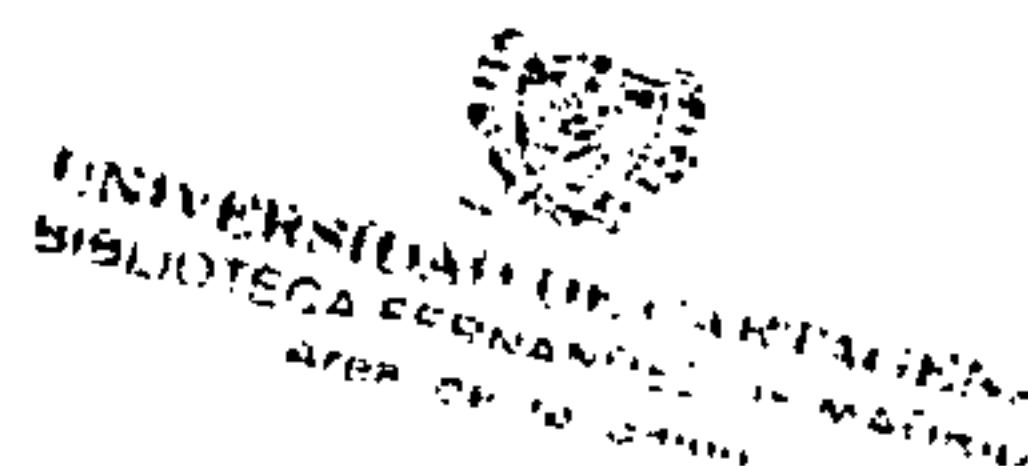


1

**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS
CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN
A LOS PROGRAMAS DE CONTROL EN LAS DIFERENTES UPAS DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA**

**ARLETH HERRERA LIAN
INVESTIGADORA PRINCIPAL**



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
VIII SEMESTRE
NOVIEMBRE DE 2009
CARTAGENA DE INDIAS - COLOMBIA**

**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS
CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN
A LOS PROGRAMAS DE CONTROL EN LAS DIFERENTES UPAS DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA**

**ARLETH HERRERA LIAN
INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**YESID RAFAEL ANDRADE HERNANDEZ
KAREN FARIA CONTRERAS
ORLANDO HERNANDEZ SIERRA
MAYERLY MACHADO GOMEZ
JULIAN PATRICK MANRIQUE MCLEAN
CARMEN ALICIA MARTIN ARENAS
COINVESTIGADORES**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
VIII SEMESTRE
NOVIEMBRE DE 2009
CARTAGENA DE INDIAS - COLOMBIA**

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCIÓN	8
METODOLOGÍA	11
TIPO DE ESTUDIO	11
POBLACIÓN	11
POBLACIÓN ACCESIBLE	11
POBLACIÓN ELEGIBLE	11
MUESTRA	11
MUESTREO	12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	12
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	13
CONSIDERACIONES ÉTICAS	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES	20
AGRADECIMIENTOS	21
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	
ANEXO A	
ANEXO B	

LISTADO DE TABLAS

	PAG.
Tabla 1. Interpretación de los resultados de la escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.	13
Tabla 2. Aspectos Sociodemográficas de la población estudiada.	Anexos A
Tabla 3. Practicas de autocuidado de los pacientes diabéticos que hacen parte del estudio	Anexos A
Tabla 4. Ítems con mayor puntuación de la escala de asa	Anexos A
Tabla 5. Ítems con menor puntuación de la escala de asa	Anexos A

LISTADO DE TABLAS

	PAG.
Gráfico 1. Sexo	Anexos B
Gráfico 2. Ingresos	Anexos B
Gráfico 3. Estrato	Anexos B
Gráfico 4. Capacidad de agencia de autocuidado	Anexos B

RESUMEN

Contexto: La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública por la magnitud de las repercusiones bio-psicosociales y la presencia de complicaciones neurovasculares y metabólicas en la persona que la padece. Una de las formas de intervención en el control de esta enfermedad es la educación y capacitación al paciente con dicha patología (autocuidado, medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico).

Objetivo: Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Método: Se diseñó un estudio descriptivo, con una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. Para identificar la capacidad de agencia de autocuidado se utilizó la escala para la "valoración de las capacidades de autocuidado" de Isenberg y Everest derivada del concepto de autocuidado, desarrollado por Dorothea E. Orem.

Resultados: Predominó el sexo femenino (88,9%); estado civil unión libre (59,1%); escolaridad (50,6 % tenían estudios de básica primaria); alto porcentaje de desempleo (65,3%); bajos ingresos económicos (59,6% reciben menos de un salario mínimo mensual. En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado, 73,8% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan una muy buena capacidad de agencia de autocuidado.

Conclusiones: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan una muy buena capacidad de agencia de autocuidado, debido a que la gran mayoría realiza prácticas de cuidado que le ayudan a mantener un control óptimo de su enfermedad.

Palabras claves: Diabetes Mellitus Tipo 2, Autocuidado.

ABSTRACT

Context: The Type 2 Diabetes Mellitus constitutes a public health problem by the magnitude of the bio-psychosocial impact and the presence of neurovascular complications and metabolic disorders in the person who suffers it. One of the ways of intervention in the control of this disease is education and trained the patient with this pathology (self-care, hygienic-dietary regulation and pharmacological treatment).

Objective: Identify the agency capacity of self-care of people diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus.

Methods: We design a descriptive study boarding it quantitatively, with a sample of 225 people of both sexes, selected at random. To identify the agency capacity of self-care we used the "Valuation of capacity of self-care scale" by Isenberg and Everest derived from the concept of self-care, developed by Dorothea E.Orem.

Results: Most of the population was Female (88,9%), Common Law Marital status (59,1%), Schooling (50,6% had studies of basic primary); High percentage of unemployment (65.3%); Low incomes (59.6% received less than a minimum monthly wage). Regardless to the agency capacity of self-care, 73,8% of the patients with Type 2 Diabetes Mellitus presented a very good agency capacity of self-care.

Conclusions: Patients with type 2 Diabetes Mellitus presented a very good agency capacity of self-care, because most of them preformed care practices that help to keep an optimal control of their illness. On the other hand.

Key Words: Type 2 Diabetes Mellitus, Self-care

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
BIBLIOTECA FERNANDES DE MENDONÇA
AV. DUQUE DE CAXAS, 158 - MARACÃS
22251-900 - RIO DE JANEIRO, RJ

INTRODUCCION

La diabetes Mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que producen hiperglucemia. Existen varios tipos Diabetes Mellitus: tipo 1 y tipo 2. La diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) generalmente comienza con resistencia a la insulina, evitando que las células del cuerpo la utilicen de manera adecuada, haciendo que el páncreas pierda su capacidad funcional y originando múltiples irregularidades en el organismo (1).

Esta enfermedad crónica y discapacitante afecta alrededor de 150 millones de personas alrededor del mundo, y se piensa que en Estados Unidos la cifra llegará a 22 millones para 2025, con una fuerte tendencia al aumento. En América Latina se estima que cerca del 15% de los adultos tienen la patología. De igual forma, en Colombia existen datos que afirman que el 7% de los adultos mayores de 30 años tiene DM 2; y se cree que el 63% de los diabéticos están sin diagnosticar, lo que sugiere un aumento de la incidencia de esta enfermedad. (2, 3, 4, 5, 6).

Las complicaciones de la Diabetes mellitus tipo 2 están asociadas a patologías como la retinopatía, neuropatía, nefropatía, que comprometen aspectos fundamentales de la vida de la persona, como su capacidad laboral, sus relaciones personales, familiares, así como la adaptación a nuevas demandas que la sociedad y el entorno le imponen; todo esto causa deterioro de la calidad de vida y mal manejo de la enfermedad (7).

Algunos autores han descrito las principales complicaciones asociadas a la enfermedad. Gallego F. en un estudio descriptivo transversal con una muestra de 342 pacientes con DM2 en el centro de salud de oliva de La frontera describió que una de las complicaciones mas frecuentes es el pie diabético. Siendo esta una de las complicaciones más fáciles de prevenir en los diabéticos, la cual se asocia a falta de higiene y poco compromiso con su autocuidado (7).

Ademas, Ariza y col. en un estudio con 157 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de atención básica (UBA) de la Entidad Promotora de Salud COOMEVA EPS en Cartagena Colombia, encontró que el 62.4% de los diabéticos tienen un control metabólico inadecuado, lo que no ayuda en el tratamiento y buen manejo de la enfermedad, y conlleva a un estado degenerativo acelerado (8).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante que la persona con DM2 conozca su enfermedad y se cuide de la mejor manera, vinculando en este cuidado a todos los directamente implicados como los familiares y amigos. Es decir, las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 controlan mejor la enfermedad si emplean los cuidados necesarios para mantenerse estable y evitar complicaciones. Para ello, es importante reforzar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad para prevenir y disminuir los factores de riesgo. Es importante además, que la persona con DM 2 realice modificaciones en su forma de vida, para evitar complicaciones; asimismo adquiera habilidades dirigidas al control del padecimiento. Esto se define como **capacidad de agencia de autocuidado** (6).

El autocuidado es la capacidad que tiene el individuo para realizar actividades en pro de su salud beneficio y bienestar; estas son acciones que la persona realiza de una manera específica para contribuir al buen funcionamiento del organismo. Pero este cuidado debe ser voluntario no impuesto, es decir, la persona debe querer ser participante activo en su tratamiento y recuperación, para de esta manera tomar decisiones concretas y acertadas para mejorar su salud (5).

El autocuidado está dirigido a mejorar la salud del individuo implementando estrategias y actividades con el propósito de conservar la salud de la persona, buscando que el individuo conozca sus habilidades y fortalezas con respecto a la patología, ya que él es el gestor principal de su cuidado. La **agencia de autocuidado** permite a los adultos discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento, y las formas de realizar las actividades de cuidado necesarias para cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (9). Teniendo en cuenta lo anterior es importante que las personas diabéticas desarrollen muy buenas capacidades de agencia de autocuidado, esto les permitirá tener un control adecuado de la enfermedad (5).

En estudios realizados por Rivera A. Luz N. con una muestra de 90 pacientes hipertensos hospitalizados en una clínica de Bogotá en el año 2006 se encontró que el 53% de las personas hospitalizadas tienen una deficiente capacidad de agencia de autocuidado, y el 47% restante obtuvieron una suficiente capacidad de agencia de autocuidado, lo cual podría indicar que los pacientes hospitalizados tiene una pobre capacidad de agencia de autocuidado (10).

En otros estudios realizados por Bastidas S. con una muestra de 115 pacientes con enfermedad coronaria que asisten a la clínica minerva de Ibagué, entre julio y octubre de 2005, se encontró que los puntajes de capacidad de agencia de autocuidado oscilaban entre 70 y 120, frente a la mínima de 24 del instrumento lo que indica que la mayoría de los encuestados tienen una media capacidad de agencia de autocuidado (11).

Esta investigación es de gran importancia, porque a partir de los resultados, se podrán replantear las estrategias e intervenciones que ayuden al paciente diabético a desarrollar la capacidad de suplir sus necesidades básicas de autocuidado para que en la medida en que pueda participar en su propio cuidado, se motive y acelere su proceso de rehabilitación tanto física como mental y disminuya el riesgo de complicaciones que se presentan por la diabetes mellitus. Además es relevante para enfermería pues es el primer estudio de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con diabetes que se realiza en la ciudad, y será el punto de partida para el diseño de programas que estimulen la prevención de complicaciones desde una perspectiva de cuidado y que fomente el autocuidado en estos pacientes crónicamente enfermos.

OBJETIVOS

General:

Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena.

Específicos:

Identificar las características sociodemográficas de las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena.

Identificar prácticas de autocuidado que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 inscritos en los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio

Se desarrollo un estudio descriptivo.

Población

Estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 inscritos en los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena, que en total son 425.

Población accesible.

Personas mayores de 18 años con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena

Población elegible

Personas que cumplieron los criterios de inclusión y que estuvieron dispuestos a participar en el estudio.

Muestra

Estuvo constituida por 225 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2, y para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta estos criterios estadísticos y formula:

Donde

N= población de diabéticos 425
 z = nivel de confianza del 95%
 P =prevalencia 50%
 q = (1-p)
 e = error del 5%
 z= nivel de confianza = 95% → 1,96

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{e^2 * N + z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.50 * 0.50 * 425}{0.05^2 * 425 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.50 * 0.50 * 425}{(0.0025 * 425) + 3.8416 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{408.17}{1.0625 + 0.9604}$$

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
 BIBLIOTECA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 AREA DE INVESTIGACION

$$n = \frac{408.17}{2.0229}$$

$$n = 201.7746799$$

$$201.7746799 * 1.11 = 223.9698947$$

Muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple, y se introdujeron los nombres de los pacientes en la hoja de cálculo Excel y se seleccionaron de acuerdo a los datos arrojados.

Criterios de Inclusión

- ✓ Mujeres y hombres Mayores de 18 años,
- ✓ Diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2 confirmado,
- ✓ De los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena.

Criterios de Exclusión

- ✓ pacientes con trastorno mental.

Técnicas y procedimientos

Para la determinación de la agencia de autocuidado se utilizó la escala para la "valoración de las capacidades de autocuidado" desarrollada por Isenberg y Everest derivada del concepto de autocuidado, desarrollado por Dorothea E. Orem. La escala original se compone de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas estilo likert. Ver anexo 1

En su versión original, la escala tiene un encabezamiento que orienta el diligenciamiento de la misma. La Universidad Nacional realizó una modificación del instrumento adaptado al español, denominado "Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado", con autorización de la doctora Gallegos de México, sin alterar los 24 ítems pero eliminado una de las escalas evaluativas (3-ni de acuerdo ni en desacuerdo) que permitía al entrevistado ubicarse en un punto medio sin detenerse a pensar la realidad de sus cuidados.

En la traducción al español, la escala sufre un cambio en el orden de las afirmaciones que abordan o evalúan los requisitos universales de autocuidado, y queda de la siguiente forma:

- Afirmación 9: Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.
- Afirmaciones 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24: Preservación de equilibrio entre actividad y reposo.
- Afirmación 23: Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
- Afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22: Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
- Afirmaciones 10, 12 y 18: Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.

La evaluación del nivel de capacidades de agencia de autocuidado se hizo sobre el puntaje posible obtenido, de 24 a 96 puntos en total. Estos valores se transformaron a una escala que va en proporción de cero a 100%, donde los porcentajes más altos corresponden a mayor nivel de capacidades de agencia de autocuidado; la tabla de resultados se interpreta de la siguiente forma:

Tabla 1: Interpretación de los resultados de la escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.

Calificación	Puntaje escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de Agencia de Autocuidado
1	1 - 24	Nunca	0 - 25%	Muy bajas
2	25 - 48	Casi nunca	25 - 50%	Bajas
3	49 - 72	Casi siempre	51 - 75%	Buenas
4	73 - 96	Siempre	76 - 100%	Muy buenas

Fuente: modificación de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, realizada por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y autorizada por la doctora Esther Gallegos en 2004

Análisis Estadístico:

Los datos se manejaron de acuerdo con las instrucciones para la aplicación del instrumento. Una vez diligenciados se incorporaron en una matriz creada en Microsot Excel. Se utilizó la estadística descriptiva para determinar características sociodemográficas y la capacidad de agencia de autocuidado utilizando frecuencias absolutas y porcentajes.

Consideraciones éticas

La investigación guardo los principios éticos postulados en la declaración de Helsinki para estudios con seres humanos y el decreto 00384 del ministerio de salud, además se incluyó el consentimiento informado, la participación voluntaria y el manejo confidencial de la información para preservar la intimidad de las personas e instituciones participantes.

RESULTADOS



Descripción Sociodemográficas

Respondieron consistentemente los instrumentos 225 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2. Las edades de los participantes, oscilaron entre 27 y 89, con un promedio de 58 años, con una desviación estándar de 13,6, pertenecen al género femenino el 68,4% y 31,6% son de género masculino; Por lo que se refiere al nivel socioeconómico el 88,9% pertenece al estrato 1 y 2, 59,1% tenían unión libre, 50,7%, tenían estudios de básica primaria, el 65,3% eran desempleado, 34,7% tiene ingresos igual a un salario mínimo, respecto a seguridad social 88,9% pertenece al régimen subsidiado, por otra parte la mayoría de las personas diabéticas son de procedencia urbana 76,4%. Ver Grafico 1, 2 3 y Tabla 2.

Capacidad de agencia de autocuidado

Respecto a la Capacidad de agencia de autocuidado, 73,8% de las personas encuestadas, presentan una muy buena capacidad de agencia de autocuidado y solo el 1,3% presenta una baja capacidad de agencia de autocuidado. Ver grafico 4.

En cuanto a las prácticas de autocuidado se observó que el 64,4% hace lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive, con tal de mantenerse limpio el 67,1% de las personas diabéticas inscritas en los programas de control de diabetes cambian la frecuencia con que se bañan. El 30,7% de los pacientes refiere que le faltan fuerzas para cuidarse, respecto a la alimentación el 46,2% dice que se alimenta de la mejor manera para conservar su peso y el 48,9% ha cambiado hábitos arraigados para mantener su salud. Por otra parte el 40,4% dice que desea hacer ejercicios y descansar un poco durante el día, pero no llega a hacerlo. El 47,6% de las personas participantes en el estudio duerme lo suficiente para sentirse descansado, y el 35,1% dice que debido a las ocupaciones diarias no tiene tiempo suficiente para cuidarse. Con respecto al autoconocimiento de la anatomía el 51,6% dice que examina su cuerpo en busca de alteraciones o cambios; por último el 52,4% de las personas participantes del estudio, se muestra interesado por conocer más sobre su patología Ver tabla 3.

Según Dorothea Orem la teoría de autocuidado tiene varios componentes de poder como son: estar siempre atento, vigilante, motivado, tener metas, razonar sobre el cuidado, tener habilidades cognitivas, perceptivas, interpersonales, y una buena comunicación para cuidarse (12).

De acuerdo con los resultados obtenidos los ítems mejor calificados en la escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA) por las personas diabéticas inscritas en los programas de control de diabetes de las UPAS de la ciudad de Cartagena, están relacionados con los componentes de poder y hacen parte de afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22: Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal. Ver Tabla 4

Los resultados revelan que las personas con diabetes tipo 2 en el estudio satisfacen estos requisitos de autocuidado:

- ✓ Realizan los ajustes necesarios para mantenerse limpios y conservar su salud.
- ✓ Tienen como prioridad su salud y efectúan los cambios necesarios para mantenerse sanos.
- ✓ Apartan el tiempo suficiente para su salud y modifican hábitos arraigados para conservar su salud

Por otra parte con base en los resultados obtenidos, los ítems de la escala de agencia de autocuidado con menor calificación por los pacientes participantes del estudio, también están relacionados con los componentes de poder de Orem, y estos tienen relación con el uso inadecuado de la energía física, limitación para mantener la posición de su cuerpo y sus partes; y hacen parte de las Afirmaciones 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24 del instrumento, que hace referencia a la preservación de equilibrio entre actividad y reposo. Ver Tabla 5

Cabe resaltar que esta información hace referencia a los ítems menos calificados de forma individual, no por afirmaciones.

DISCUSION

Los resultados de este estudio muestran que el 73.8% de las personas encuestadas presentan una muy buena capacidad de agencia de autocuidado, es decir, las personas participantes del estudio se cuidan muy bien. Y solo el 1.3% presenta una baja capacidad de agencia de autocuidado (Ver grafico 1). Datos similares a los informaron Cely M. y Col quienes indagaron la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con VIH y encontraron una media capacidad de agencia autocuidado, que se traduce según el instrumento, en buena capacidad de agencia de autocuidado (13). Diferente de lo descrito por Rivera A. y Díaz P. quienes encontraron que el 50% de las mujeres y 58% de los hombre hospitalizados con hipertensión arterial en una clínica de la ciudad de Bogotá tienen una deficiente capacidad de agencia de autocuidado (12).

La literatura revisada describe que las personas que participan en programas grupales de entrenamiento para diabetes, muestran un mejor control de la enfermedad y conocimiento sobre la misma; también hay evidencia de que los programas de educación grupal pueden reducir el peso corporal, aumentar el autocontrol, la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la satisfacción con el tratamiento (7, 9, 15).

En este estudio el promedio de edad fue de 58.4 años, datos similares informaron, Baca B y col (14) quienes describen que el promedio de edad de los pacientes diabéticos que participaron en su estudio fue de 60 años. La edad se constituye un factor determinante, a mayor edad, los pacientes presentan un mejor control metabólico. (15)

Con respecto al género se encontró que 68,4% de las mujeres presentan diabetes mellitus tipo II, frente a 31,6% del genero masculino, dato similar a lo descrito por Peñalosa M (16), quien afirma que el 64% de las personas de su estudio, con diabetes mellitus tipo II eran mujeres y solo 36% hombres. Diferente a lo observado por Baca B y col quienes encontraron que 56% de los individuos que hicieron parte de su investigación con diabetes mellitus tipo 2, fueron de sexo masculino y el 44% femenino (14).

Según la literatura revisada, no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para presentar diabetes mellitus tipo II, entre las posibles explicaciones a este comportamiento, la evidencia sugiere que no se relaciona con un sustento biológico intrínseco, dado que en algunos países africanos la prevalencia es mayor en hombres, por lo que probablemente se asocie a determinantes de índole ambiental, tales como la obesidad, el sedentarismo y la dieta, entre otros (17).

Referente al nivel socioeconómico el 88.9% de participantes del estudio hacían parte del estrato 1-2, y (11,1%) al estrato 3. Del mismo modo, Tenahua y Col (18) describieron que el 99% de los participantes de su estudio fueron de estrato bajo. Por el contrario Peñalosa M. (16) encontró que el 55% eran de estrato 3, 31% estrato 4 y solo 14% estrato 1,2. Así mismo Cely M. y Col (13) observaron que el 50% fueron de estrato 3 y 4 y el 50% de estrato 1 y 2. Álvarez D, observó en su estudio que las personas con menores ingresos

económicos tenían un mejor control de la enfermedad, frente a las personas con mayores ingresos (15).

En cuanto al estado civil el 26,2% de los participantes en este estudio eran casados, 32,9% unión libre, 16% soltero, 21,3% viudo, 3,6% separado, igualmente Peñalosa M. encontró 34% casados, 27% unión libre (16). Álvarez D, en su estudio informó que tener pareja o apoyo familiar es relevante para mantener niveles normales de glicemia, es decir las personas con pareja tienen mejor control glucémico (15).

Con relación a la seguridad social, 88,9% hacían parte del régimen subsidiado, 8% contributivo, 3,1% población pobre no afiliada, por el contrario Cely M. y Col observaron que el 54% pertenece al contributivo, 46% subsidiado (13). Peñalosa M. (16) describió que 63% eran cotizantes y 34% beneficiario.

En cuanto a las prácticas de autocuidado, la gran mayoría de las personas encuestadas consideran que siempre pueden hacer lo necesario para mantenerse aseado, tanto la persona como el ambiente, de la misma forma Peñalosa M. encontró que los participantes de su estudio tenían muy buenas capacidades de autocuidado, refiriéndose a los hábitos de higiene (16). El desarrollo e implementación de hábitos higiénicos son necesarios para el paciente diabético, dado que este, es proclive a desarrollar neuropatía de las fibras nerviosas sensitivas y motoras, produciendo diferentes manifestaciones a nivel de los miembros, disminuyendo tanto la sensibilidad profunda como la superficial y la capacidad del sujeto de sentir agresión en estos; Afectando la anatomía del individuo que tiene como consecuencia la pérdida de la sudoración, tornándose la piel seca y agrietada, produciendo fisuras que son el inicio de una lesión o la puerta de entrada a la infección. Por tal razón la higiene en el paciente diabético es primordial para evitar lesiones que podrían traer complicaciones (19).

En cuanto a la alimentación gran parte de los sujetos de estudio se alimenta de la mejor manera para conservar su peso, y han cambiado hábitos arraigados para mantener su salud, esto se relaciona con lo dicho por Cely M. y Col quienes manifiestan que los pacientes que participaron en su estudio se alimentaban bien y balanceado (13). Álvarez D, afirma que la normo glucemia está relacionada con adherencia a la dieta (18), resultados similares a lo descrito en este estudio.

Por otra parte los participantes de este estudio muestran interés en conocer más sobre su patología y aprender a cuidarse, lo que en el instrumento se califica como tener alta capacidad de agencia de autocuidado, datos similares reportaron Cely M. y Col. donde se observó una alta capacidad de agencia autocuidado (13).

Referente a las afirmaciones que evalúa el instrumento, en este estudio se encontró que, alimentarse adecuadamente y tener los recursos económicos necesarios, obtuvo un puntaje global de 3, lo que indica que la mayoría de las personas tiene una buena capacidad de agencia de autocuidado, del mismo modo, Peñalosa M. obtuvo una puntuación general de

3 que se traduce en buena agencia de autocuidado (16). Álvarez D. afirma que se puede tener niveles normales de glucemia con una dieta balanceada con ingresos económicos elementales. (18)

De acuerdo a la afirmación que corresponde a las preguntas 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24, que se refieren a la Preservación de equilibrio entre actividad y reposo, se observó que gran parte de los diabéticos tuvieron buena capacidad de agencia de autocuidado. Datos congruentes a lo encontrado por Peñalosa M, quien describió que la mayoría de los participantes tenían buena capacidad de agencia de autocuidado (16); Por otra parte Rivera A., afirma que existe relación significativa entre el factor de riesgo sedentarismo y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con diagnóstico de hipertensión arterial (12), lo que se relaciona con lo encontrado en el estudio debido a que un gran porcentaje dice que desea hacer ejercicio pero no lo practica. Del mismo modo Peñalosa M. (16) afirma que los participantes del estudio tienen buenas capacidades de agencia de autocuidado por que tienen las energías suficientes para cuidarse. Ver tabla 3.

La afirmación 23 (Puedo sacar tiempo para mí), se observó que gran parte de las personas estudiadas tenían buena capacidad de agencia de autocuidado, Peñalosa G. encontró que la mayoría de los participantes de su estudio tenían buenas capacidades de agencia de autocuidado, respecto, al mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social (16). Cely M. y Col encontraron como resultado una capacidad de autocuidado media con relación, a la actividad y reposo lo que indica que la población estudiada no tenían periodos de descanso, factor determinante para tener un buen control glicémico (13).

Con respecto a las afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22, que se relaciona con la prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, se observó, que gran parte de las personas tenían muy buena capacidad de agencia de autocuidado, así mismo Peñalosa G. Encontró que los pacientes estudiados, presentaban una buena capacidad de agencia de autocuidado, refiriéndose a estas afirmaciones (16). Álvarez D, afirma que el paciente diabético debe conocer su enfermedad para tener un buen control de la patología (15), así mismo González R, informa que el paciente diabético debe examinar su cuerpo para evitar lesiones e infecciones en los miembros inferiores (19).

Las afirmaciones 10, 12 y 18 están relacionadas de Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas, se encontró que las personas diabéticas tenían buenas capacidades de autocuidado. Igualmente, Peñalosa M. describió que las personas con hipertensión arterial tenían una muy buena capacidad de agencia de autocuidado con respecto a estas afirmaciones (16).

La capacidad de agencia de autocuidado es según Orem la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones sobre su salud y la responsabilidad de su cuidado; tiene varios componentes de poder como lo son: estar siempre atento, vigilante, motivado, tener metas, razonar sobre el cuidado, tener habilidades cognitivas, perceptivas, interpersonales, y una

buena comunicación para cuidarse; elementos importantes para mantener un buen control glucémico en las personas diabéticas. Álvarez D. afirma que conocer su enfermedad y tener apoyo familiar se relaciona con buen control de la patología, dado que la enfermera juega un papel preponderante para el logro de este objetivo, es necesario que se utilicen teorías y modelos de enfermería que puedan aplicarse para mejorar el autocuidado del paciente, en este sentido el modelo de Orem D, cobra gran importancia, porque este modelo apunta específicamente a empoderar a las personas para gestionar su cuidado.

Por otra parte el profesional de enfermería debe orientar al paciente a tener cuidados óptimos en el hogar y su espacio laboral, debido a que la diabetes es una enfermedad de estricto cuidado. De allí que sea de capital importancia que la enfermera diseñe estrategias que favorezcan el empoderamiento del paciente con su cuidado ofreciéndole la información necesaria y el conocimiento preciso para que este se cuide de la mejor manera.

Como fortalezas de este estudio, es importante resaltar que es el primero que se realiza en la ciudad de Cartagena sobre capacidad de agencia de autocuidado en pacientes diabéticos ambulatorios. Sus resultados se constituyen en guía para diseñar intervenciones orientadas a fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado de las persona diabéticas de los programas de prevención de la enfermedad.

Limitaciones: Existen pocas publicaciones que informen sobre capacidad de agencia de autocuidado en este tipo de pacientes grupo investigador.

Otra de las limitaciones fue que el estudio solo se realizo en estratos 1 y 2 por lo cual los resultados no se pueden generalizar a todos los demás niveles socio económicos.

CONCLUSIONES

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan una muy buena capacidad de agencia de autocuidado, debido a que la gran mayoría realiza prácticas de cuidado que le ayudan a mantener un control óptimo de su enfermedad. Por otra parte, se encontró que la mayoría de las personas encuestadas hacen lo necesario para mantener su entorno limpio y saludable, ponen en primer lugar su salud ante cualquier evento, dedican tiempo para su autocuidado y cambian hábitos que puedan alterar su estado de su salud, como también consumen una dieta apropiada para mantener un peso adecuado.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, la salud, por darnos la oportunidad de estudiar esta hermosa Carrera y por ser nuestra fortaleza en todo momento.

A nuestros padres y familiares por El apoyo incondicional durante todo este proceso.

A la docente Arleth Herrera Lian por su apoyo, entrega y dedicacion a este proyecto.

Al los docentes de investigacion, por su calidad humana, por guiarnos y compartir sus conocimientos.

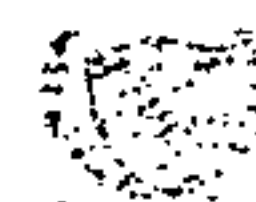
A las docentes Zuleima Cogollo, Rossana Lopez, y Carmen Elena Diaz por su apoyo y dedicacion durante este proceso

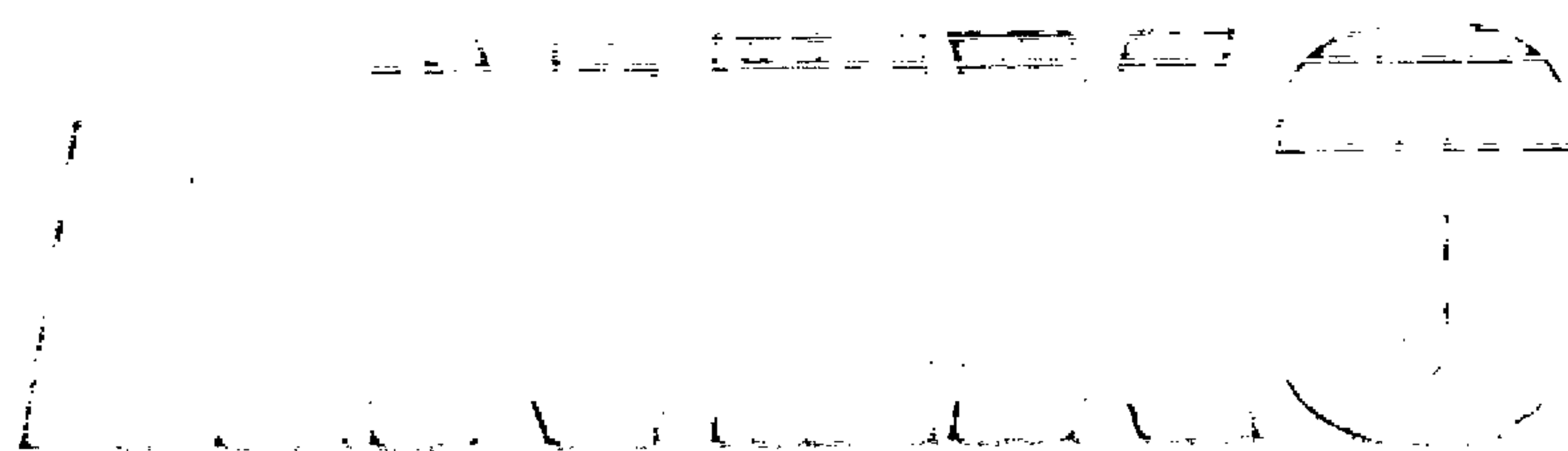


BIBLIOGRAFIA

1. Dennis L, Kasper E, Braunwald A, Fauci S, Hauser D, Longo J, et al. Principios de medicina interna Harrison S, 16th. McGraw-Hill. 2005
2. King H. Who and the International Diabetes Federation: Regional Partners. Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77:954.
3. Diabetes fact sheet. Geneva, World Health Organization, 1999 (se puede consultar en Internet en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact138.html> .
4. Sergio A, Cristina R, Diabetes Mellitus 3^{er} ed. México: Mc Graw-Hill; 2005
5. Joseph A, Guirao G. La agencia de autocuidado una perspectiva desde la complejidad [Tesis doctoral]. Alicante Educare21 2003
6. Méndez E. Tratamiento combinado de la diabetes mellitus tipo 2 Servicio de Endocrinología. Hospital de Navarra. Pamplona. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25 Consultado febrer
7. Gallego F. Calidad de la asistencia al paciente con Diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de una consulta de atención primaria. A v Diabetol 2002; 18 (2) 84- 93.
8. Ariza E, Camacho N, Londoño E , Niño C , Sequeda C , Solano C , Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Rev. Salud uninorte 2007 21: 28 40
9. Medellín B. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc 2007; 15 (2): 91 98
10. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev. Salud publica 2006. 8 (3): 235 247
11. Bastidas C. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Rev. Avances en enfermería 2007 XXV (2): 65 75
12. Rivera Á, Díaz L. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular Rev. Scielo 2007; 52 (2)
13. Cely M, Espinosa M, Mateus R, Jair A. Capacidad de agencia de autocuidado en las personas portadoras de VIH/sida en una fundación de Bogotá. Bogotá 2008 trabajo de grado (Enfermero) Pontifica universidad javeriana. Facultad de enfermería.

14. Baca B, Bastidas A, De La Cruz M, González Delgado O. Nivel de conocimientos del Diabético sobre su Auto Cuidado, Enfermería Global, México. junio de 2008; 13 : 1 12
15. Alvarez D. Evaluacion del apoyo familiar, conocimiento sobre La diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relacion com El control glicémico en pacientes diabéticos. (Tesis postgrado) universidad de colima. México. 2005.
16. Peñalosa G. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, Avances en enfermería 2004; XXIV (2) 63 69
17. Rosello M. Prevalencia de diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa y diabetes provisional en El Guarco, Cartago. Rev. costarric. cienc. méd, ene. 2003, vol.24, no.1-2, p.15-24. ISSN 0253-29 48.
18. Tenahua Q, Landeros E, Linares G, Grajales L. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular, Enfermería en cardiología 2007; 41 (2) 19 24
19. González R. Valoración clínica del riesgo de lesión en el pie diabético Av Diabetol 2006; 22 (1) 32 38
20. Magaña M. Influencia de los Factores Condicionantes Básicos en las Capacidades de Autocuidado de Pacientes com Hipertensión Arterial Sistémica, Guanajuato 2008 trabajo de grado (Maestria en enfermería) Universidad de Guanajuato Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya.





ANEXOS A

Tabla 2. Aspectos sociodemográficos de la población estudiada.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	Nº	%	TOTAL
ESTADO CIVIL			
✓ SOLTERO	36	16	
✓ CASADO	59	26,2	
✓ UNION LIBRE	74	32,9	
✓ VIUDO	48	21,3	
✓ SEPARADO	8	3,6	
ESCOLARIDAD			
✓ NINGUNO	30	13,33	
✓ PRIMARIA	114	50,67	
✓ SECUNDARIA	49	21,78	
✓ TECNICO	16	7,11	
✓ UNIVERSITARIO	16	7,11	
OCUPACION			
✓ TRABAJADOR DEPENDIENTE	15	6,7	
✓ TRABAJADOR INDEPENDIENTES	63	28,0	
✓ DESEMPLEADO	147	65,3	
SEGURIDAD SOCIAL			
✓ REG. CONTRIBUTIVO	18	8,0%	
✓ REG. SUBSIDIADO	200	88,9%	
✓ VINCULADO	7	3,1%	

Tabla 3. Prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos que hacen parte del estudio

ITEMS	Nº	%	Total
Ambiente limpio			
✓ Casi nunca	7	3,11	
✓ Casi siempre	73	32,44	
✓ Siempre	145	64,44	
Mantenerse limpio			
✓ Nunca	4	1,8	
✓ Casi nunca	10	4,4	
✓ Casi siempre	60	26,7	
✓ Siempre	151	67,1	
No hay fuerzas para el cuidado			
✓ Siempre	27	12,0	
✓ Casi siempre	36	16,0	
✓ Casi nunca	69	30,7	
✓ Nunca	93	41,3	
Conserva el peso			
✓ Nunca	3	1,3	
✓ Casi nunca	18	8,0	
✓ Casi siempre	100	44,4	
✓ Siempre	104	46,2	
Cambia hábitos			
✓ Nunca	7	3,1%	
✓ Casi nunca	21	9,3%	
✓ Casi siempre	87	38,7%	
✓ Siempre	110	48,9%	
Realiza ejercicios			
✓ Nunca	91	40,4	
✓ Casi nunca	51	22,7	
✓ Casi siempre	46	20,4	
✓ Siempre	37	16,4	
Duerme suficiente			
✓ Nunca	8	3,6	
✓ Casi nunca	22	9,8	
✓ Casi siempre	88	39,1	
✓ Siempre	107	47,6	
Saca tiempo para el cuidado			
✓ Siempre	29	12,9	
✓ Casi siempre	53	23,6	
✓ Casi nunca	64	28,4	
✓ Nunca	79	35,1	

UNIVERSIDAD DE
BIOLOGÍA Y QUÍMICA
BIOLOGÍA Y QUÍMICA
BIOLOGÍA Y QUÍMICA

Examina su cuerpo		
✓ Nunca	9	4,0
✓ Casi nunca	24	10,7
✓ Casi siempre	76	33,8
✓ Siempre	116	51,6
Pide explicación sobre la salud		
✓ Nunca	6	2,7
✓ Casi nunca	24	10,7
✓ Casi siempre	77	34,2
✓ Siempre	118	52,4
Saca tiempo para el		
✓ Nunca	2	0,9
✓ Casi nunca	23	10,2
✓ Casi siempre	86	38,2
✓ Siempre	114	50,7

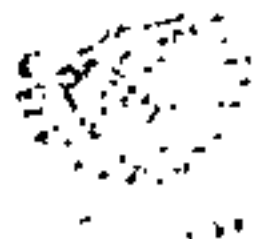

 UNIVERSIDAD PUERTO RICO
 BIBLIOTECA FERNANDO L. MUÑOZ
 Area de la Salud

Tabla 4. Ítems con mayor puntuación de la escala de asa

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Con tal de mantenerme limpio yo puedo cambiar la frecuencia con que me bañan.	151	60	10	4
Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	144	73	7	0
Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	140	72	11	2
Para mantenerme con salud yo pongo en primer lugar lo que sea necesario hacer.	126	89	9	1
A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.	120	83	21	1
Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicación sobre lo que no entiendo.	118	77	24	6
Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	116	76	24	9
Puedo sacar tiempo para mí.	114	86	23	2
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	110	87	21	7
Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	109	81	28	7
Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	106	91	23	5
Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado (a).	107	88	22	8

Tabla 5. Ítems con menor puntuación de la escala de asa

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Yo puedo alimentarme de manera tal que se mantenga un peso correcto para mí.	104	100	18	3
Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	103	80	27	15
Si tengo que tomar una nueva Medicina hay donde obtener información sobre los efectos secundarios indeseables.	100	86	20	19
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	85	108	25	7
A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	80	96	33	16
Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligros.	78	112	22	13
Si tengo problemas para moverme o desplazarme yo hago los arreglos para conseguir ayuda.	74	107	28	16
Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	72	105	38	10
Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda seguir tal como soy.	72	124	25	4
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	37	46	51	91
Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	39	53	64	79
Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	27	36	69	93

ANEXOS B

Gráfico 1. SEXO

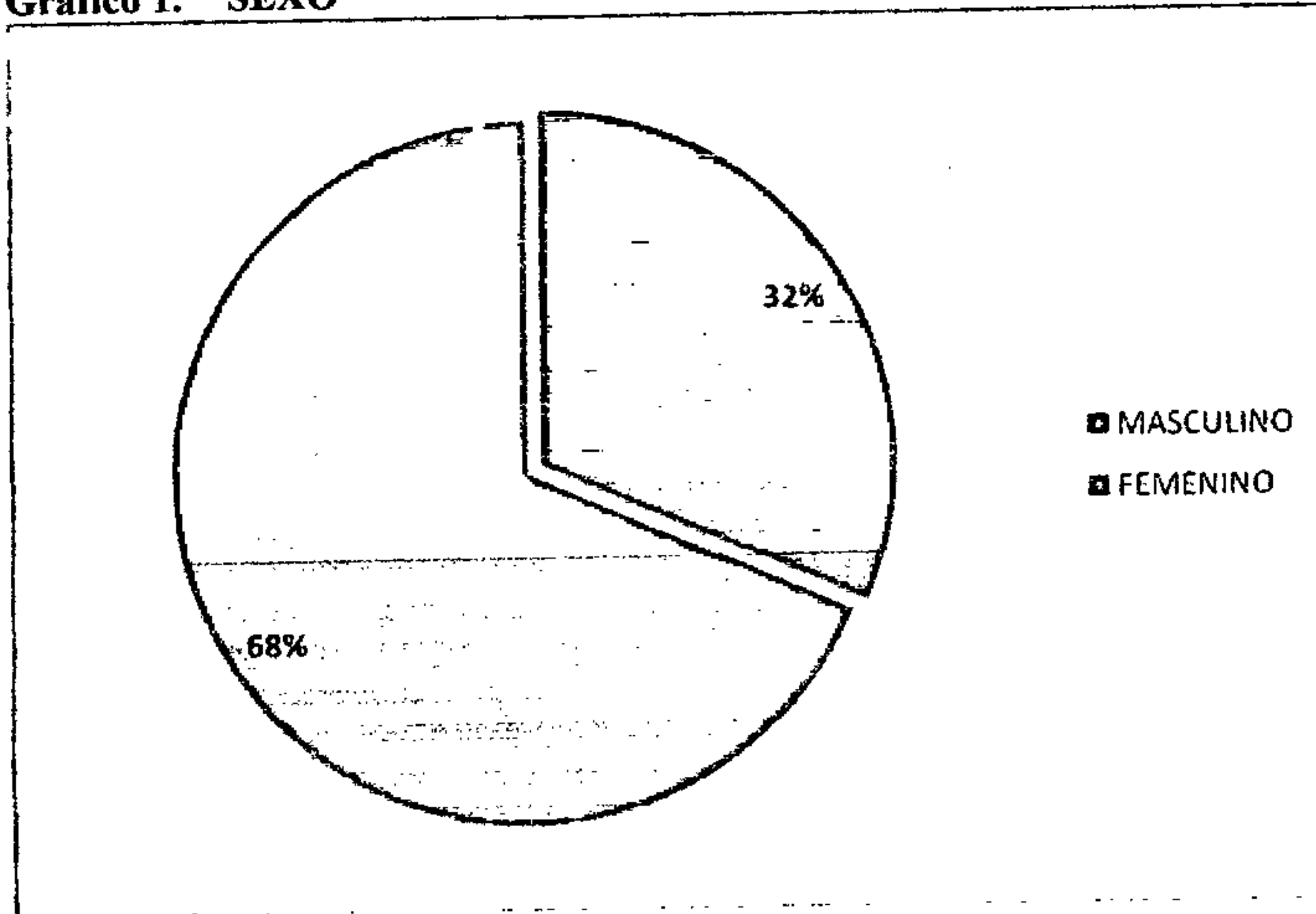


Gráfico 2. INGRESOS

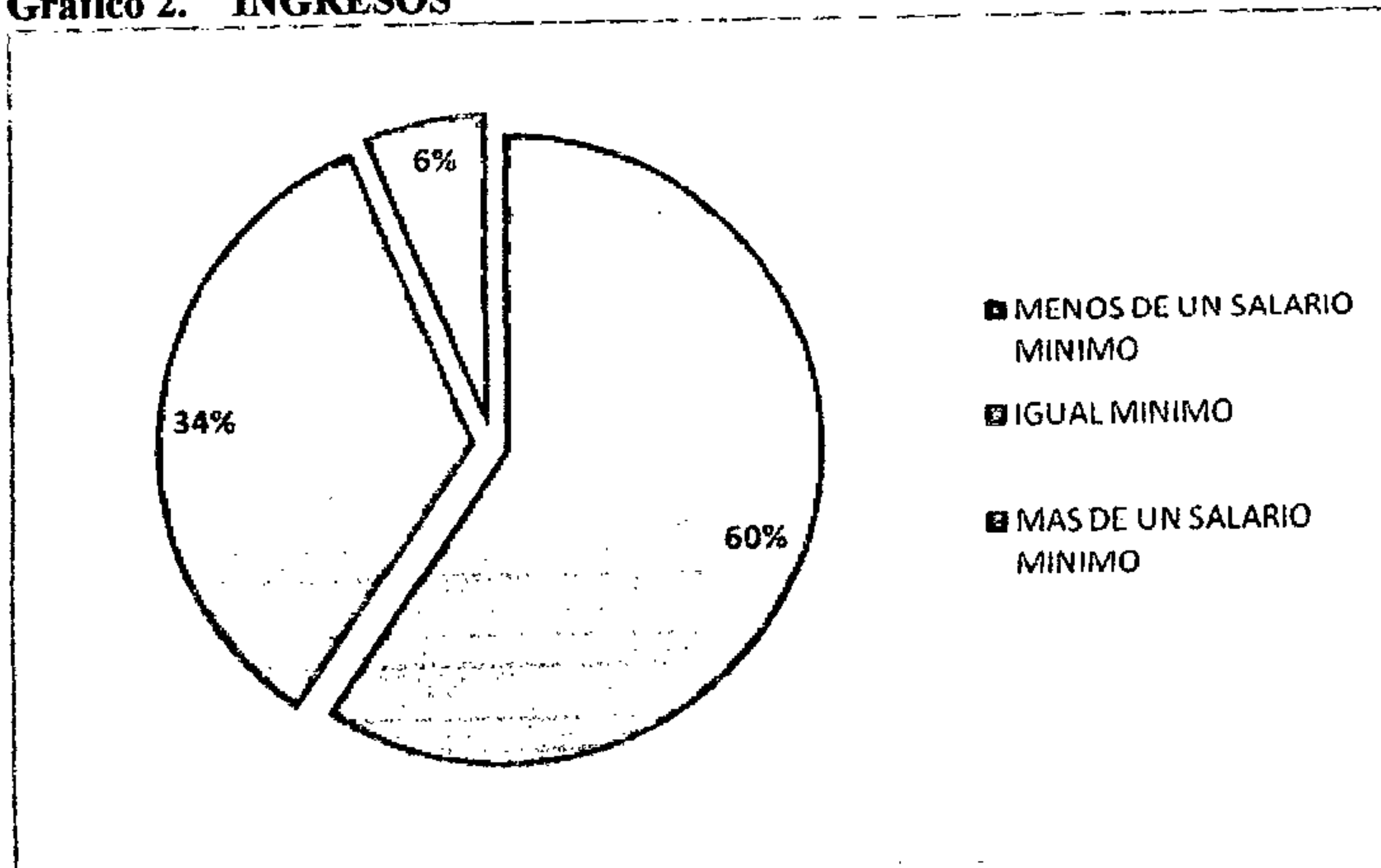


Gráfico 3. ESTRATO

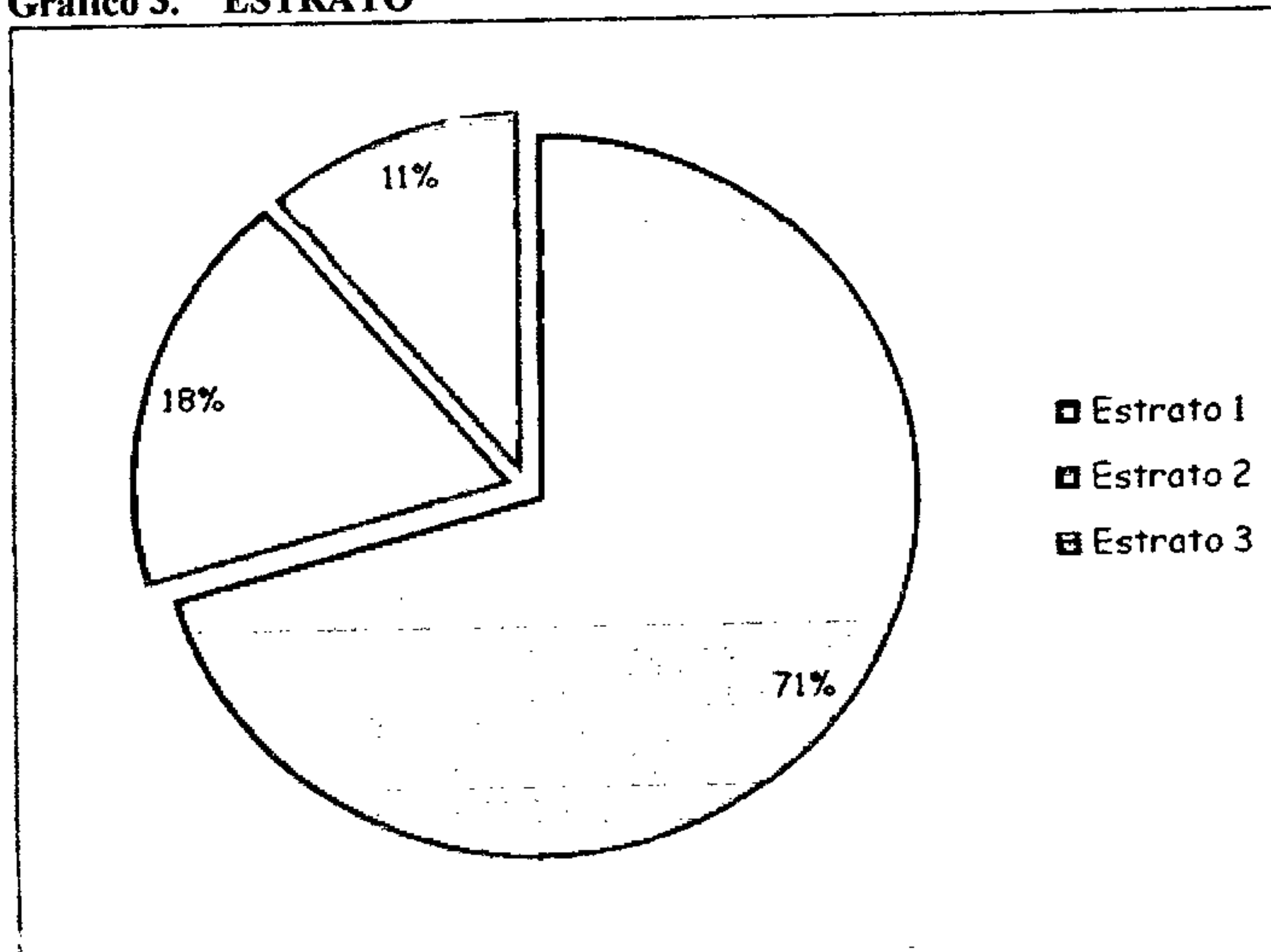


Gráfico 4. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

