



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: VII

Número: Edición Especial

Artículo no.:41

Período: Abril, 2020

TÍTULO: Desarrollo de capacidades de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

AUTORAS:

1. Dra. Leticia Abarca Gutiérrez.
2. Dra. Alicia Morales Iturio.
3. Dra. Maximina Gil Nava.
4. Dra. Blanca Estela Sánchez Jaimes.
5. Dra. Patricia Ramírez Martínez.
6. Máster. Delia Naranjo Linares.

RESUMEN: El autocuidado es la práctica de actividades que realiza el individuo para cuidar su salud, son aprendidas por la persona en su contexto sociocultural. Estas actividades se inician de manera voluntaria a fin de mantener la vida y el bienestar. Dentro de la promoción de salud en la educación diabetológica es importante la consideración del autocuidado, ya que este se relaciona con las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud e incluye la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol. Las personas con DMT2 presentan déficits de autocuidado. La prevalencia de déficit de autocuidado se asocia a factores individuales y del entorno sanitario en cuanto a la información proporcionada por los profesionales.

PALABRAS CLAVES: déficit de autocuidado, diabetes tipo 2, autocuidado, enfermería.

TITLE: Development of self-care capacities in patients with Type II Diabetes Mellitus.

AUTHORS:

1. Dra. Leticia Abarca Gutiérrez.
2. Dra. Alicia Morales Iturio.
3. Dra. Maximina Gil Nava.
4. Dra. Blanca Estela Sánchez Jaimes.
5. Dra. Patricia Ramírez Martínez.
6. Master. Delia Naranjo Linares.

ABSTRACT: Self-care is the practice of activities performed by the individual to take care of their health, they are learned by the person in their sociocultural context. These activities are initiated voluntarily in order to maintain life and well-being. Within the promotion of health in diabetes education, consideration of self-care is important, since it relates to the actions taken by people for the benefit of their own health and includes the practice of physical exercise, proper nutrition and self-control. People with DMT2 have self-care deficits. The prevalence of self-care deficit is associated with individual factors and the health environment in terms of information provided by professionals.

KEY WORDS: self-care deficit, type 2 diabetes, self-care, nursing.

INTRODUCCIÓN.

“La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que, a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. (King et al., 1998; OMS, 2012 como se citó en Hernández, Gutiérrez & Reynoso, 2013, p.S130).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son, en ese orden, los países con mayor número de diabéticos (IDF, 2012; como se citó en Hernández et al., 2013, p.S130). La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura” (DeFronzo, 2004 como se citó en Hernández et al., 2013, p.130).

Desde el año 2000, la diabetes mellitus en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres. En 2010, esta enfermedad causó cerca de 83 000 muertes en el país. Para el 2016 esta se convirtió en la segunda causa de muerte quedando por debajo de las enfermedades cardiacas. La prevalencia de diabetes mellitus en México es la siguiente: 10.3% en mujeres y el 8.4 en hombres. El sobrepeso y obesidad, son los factores principales que desencadena la diabetes, en México la prevalencia de sobrepeso y obesidad es la siguiente: 72.7% en mujeres y 69.4 en hombres, según la Federación Mexicana de Diabetes (2018). La Federación de Diabetes evalúa que hay 33 millones de adultos que tienen diabetes, pero no han sido diagnosticados.

La diabetes es un padecimiento en el cual el azúcar (o glucosa) en la sangre se encuentra en un nivel elevado. Esto se debe a que el cuerpo no produce o no utiliza adecuadamente la insulina, una hormona que ayuda a que las células transformen la glucosa (que proviene de los alimentos) en energía. Sin la suficiente insulina, la glucosa se mantiene en la sangre y con el tiempo, este exceso puede tener complicaciones graves.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención. En México, las estimaciones existentes

son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 13, 300 hasta 60, 800 pesos anuales (Hernández et al., 2013).

Hay una gran cantidad de evidencia de que los cambios de estilo de vida y el mantener un régimen de autocuidado, como un buen manejo y control glicémico, de lípidos y un mantenimiento del peso corporal en personas con diabetes mellitus, contribuyen a que se retrase la aparición de las complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares. “La Organización Panamericana de la Salud (como se citó en Robles et al., 2014) menciona que el autocuidado es un factor crítico para la consecución y el mantenimiento de la salud, así como para el bienestar en las personas; por lo que recomienda la educación para el autocuidado entre la sociedad, esto con la finalidad de prevenir y tratar enfermedades crónicas.

De acuerdo con Dorothea Orem (1980 como se citó en Robles et al., 2014), la teoría de déficit de autocuidado, describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente para mantener o restablecer su salud; conceptualiza el autocuidado como aquella práctica de actividades que hace el individuo para mejorar su estado de salud, y son aprendidas por la persona en su contexto sociocultural que inicia de manera voluntaria a fin de mantener la vida, la salud y el bienestar” (Robles et al., 2014, p.42).

Estas actividades dependerán de la etapa de desarrollo y de las condiciones de salud de la persona; también conceptualiza el déficit de autocuidado como la necesidad terapéutica por parte de la persona para llevar acabo las actividades para su bienestar. Asimismo, menciona los sistemas de ayuda donde el profesional puede apoyar para cubrir las necesidades terapéuticas. Orem menciona que hay factores condicionantes que intervienen en las capacidades de cada persona para realizar su autocuidado, como son: edad, género, estado de desarrollo, estado de salud, estilo de vida, factores del sistema sanitario, factores socioculturales, factores del sistema familiar, disponibilidad de recursos y factores externos del entorno.

El profesional de enfermería encargado del cuidado de las personas con diabetes mellitus, debe identificar los factores condicionantes que inciden en la capacidad de autocuidado para poder conocer el tipo de acción de ayuda que debe brindar a estas personas y proporcionar un cuidado holístico que garantice su calidad de vida.

DESARROLLO.

Diabetes Mellitus Tipo II. Generalidades.

“La diabetes tipo 2 es la forma más común de la enfermedad afectando aproximadamente al 90% de la población diabética. Normalmente la diabetes se desarrolla de manera gradual sin síntomas obvios. La enfermedad suele detectarse por medio de pruebas sistemáticas; sin embargo, muchos individuos con diabetes tipo 2 tienen síntomas de poliuria y polidipsia (es decir un aumento en la ingesta de líquidos, así como un aumento en las veces que acude a orinar) de varias semanas de duración. La polifagia (aumento en el apetito) puede estar presente, pero es menos común. Los pacientes con DM tipo 2 tienen una combinación de resistencia a la insulina y células beta disfuncionales, pero no necesitan de insulina para mantener la vida, aunque con el tiempo será necesaria para controlar la hiperglucemia y mantener la hemoglobina glucosilada por debajo de 7% en 90% de los pacientes” (Medstud Blogs, 2015, párr.6).

“La resistencia a la insulina es la disminución de la capacidad de los tejidos efectores, como el hígado, el tejido adiposo y el músculo, de responder adecuadamente a las concentraciones circulantes normales (o elevadas) de insulina. Por ejemplo, la resistencia a la insulina se caracteriza por la producción hepática incontrolada de glucosa y una menor captación de glucosa por el músculo y el tejido adiposo” (Medstud Blogs, 2015, párr.7).

1. **Resistencia a la insulina y obesidad.** La obesidad es la causa más común de resistencia a la insulina; sin embargo, la mayoría de las personas con obesidad y resistencia a la insulina no desarrollan diabetes. En ausencia de un defecto de la función de las células beta, las personas obesas no diabéticas pueden compensar la resistencia a la insulina con niveles elevados de la hormona.

2. **Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2.** La resistencia a la insulina sola no inducirá una diabetes tipo 2. Antes bien, la diabetes tipo 2 se desarrolla en personas con resistencia a la insulina que también muestran un deterioro de la función de células beta. La resistencia a la insulina y el riesgo subsiguiente de desarrollar una diabetes tipo 2 se observa habitualmente en las personas mayores y los obesos, físicamente inactivos, o en el 3% a 5% de las mujeres embarazadas, que desarrollan una diabetes gestacional. Estos pacientes no son capaces de compensar suficientemente la resistencia a la insulina con un aumento de liberación de esta hormona.

3. **Causas de la resistencia a la insulina.** La resistencia a la insulina aumenta a medida que aumenta el peso y, a la inversa, disminuye al adelgazar. Esto sugiere que la acumulación de grasa es importante en el desarrollo de la resistencia a la insulina. El tejido adiposo no es un mero órgano de almacenamiento de energía, sino también un órgano secretor. Las sustancias reguladoras producidas por los adipocitos incluyen la leptina y la adiponectina, las cuales pueden contribuir al desarrollo de la resistencia a la insulina. Además, los niveles elevados de ácidos grasos libres que aparece en la obesidad se han involucrado en el desarrollo de la resistencia a la insulina. (Medstud Blogs, 2015, párr. 8, 9 y 10).

Factores de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo II.

Factores de riesgo no modificables

- **Edad.** La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad, y es mayor en la tercera edad.

- **Raza/etnia.** El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskaños, hawaianos, etc.), que además presentan una evolución más rápida a diabetes mellitus.
- **Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado.** Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Antecedente de DM gestacional.** Las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres sin la condición.
- **Síndrome del ovario poliquístico.** Este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones; en Estados Unidos hasta un 40 % de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico tiene alterada su regulación de la glucosa a los 40 años, un metaanálisis reveló aproximadamente tres veces mayor riesgo de DM gestacional en las mujeres con dicho síndrome.

Factores de riesgo modificables

- **Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal.** La obesidad (índice masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²) y sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades. Actúan induciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de los casos de DM2 se puede atribuir a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo y mejora el control glucémico en pacientes con DM establecida. En el Nurses Health Study el riesgo relativo (RR) ajustado por edad para DM fue 6,1 veces mayor para las mujeres con IMC >35 kg/m² que para aquellas con IMC < 22 kg/m². Igualmente, un aumento de 1 cm en el perímetro de cintura eleva el riesgo de DM2 y de glucemia basal alterada en un 3,5 y un 3,2 %, respectivamente. Los estudios que tratan de discernir la importancia relativa del perímetro de cintura en comparación con el IMC respecto al riesgo de desarrollar DM2 no han mostrado una importante ventaja de uno sobre el otro.

- **Sedentarismo.** Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Entre las conductas sedentarias, ver la televisión mucho tiempo se asocia con el desarrollo de obesidad y DM. La actividad física de intensidad moderada reduce la incidencia de nuevos casos de DM2 (RR: 0,70; IC del 95 %: 0,58-0,84), independientemente de la presencia o ausencia de intolerancia a la glucosa, como han demostrado diversos estudios.

- **Tabaquismo.** El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de DM2 dependiente dosis (cuantos más cigarrillos, mayor riesgo) (RR: 1,4; IC del 95 %: 1,3-1,6), según un metaanálisis de 25 estudios que analizan la relación. Dejar de fumar puede reducir el riesgo de DM. El beneficio es evidente cinco años después del abandono, y se equipara al de los que nunca fumaron después de 20 años.

- **Patrones dietéticos.** Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares (RR: 1,6; IC del 95 %: 1,3-1,9). El riesgo fue significativamente mayor (RR: 11,2) entre los sujetos que consumen esta dieta y son obesos (IMC \geq 30 kg/m² frente a $<$ 25 kg/m²). En contraste, aquellos que siguen una dieta caracterizada por mayor consumo de verduras, frutas, pescado, aves y cereales integrales tienen una modesta reducción del riesgo (RR: 0,8; IC del 95 %: 0,7-1,0).

En cuanto a la dieta mediterránea (alto contenido de frutas, verduras, cereales integrales y nueces y aceite de oliva como principales fuentes de grasa), el estudio PREDIMED concluyó que la dieta reduce la aparición de DM2 hasta un 40 %, sin necesidad de reducción de peso. Respecto a los componentes individuales de la dieta, el consumo de productos lácteos bajos en grasa, fibra, nueces, café, café descafeinado y té verde a largo plazo disminuyen el riesgo de DM2 (un 7 % de reducción del riesgo por cada taza de café), aunque no se considera probada una relación causa-efecto para recomendar el consumo de café como estrategia preventiva.

- ***Trastornos de regulación de la glucosa.*** También llamados prediabetes o estados intermedios de hiperglucemia, incluyen glucemia basal alterada, tolerancia alterada a la glucosa y elevación de la hemoglobina glucosilada, y ya se han definido en apartados anteriores. Su presencia aislada o conjuntamente supone un mayor riesgo de DM2.
- ***Condicionantes clínicos asociados a mayor riesgo de DM2.*** Los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca avanzada (clase III de la New York Heart Association [NYHA]) tienen mayor riesgo de desarrollar DM (RR = 1,7; IC del 95 %: 1,1-2,6)^{1,3}. La hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio y el ictus también se asocian con mayor riesgo de DM2.
- ***En cuanto a la DM inducida por fármacos.*** Los antipsicóticos atípicos olanzapina y clozapina se asocian a un mayor riesgo de desarrollar DM2; entre los fármacos del área cardiovascular, la combinación de β -bloqueantes y diuréticos tiazídicos también se asocia al desarrollo de DM, al igual que otros fármacos, como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, tacrolimús, antirretrovirales (por ejemplo, inhibidores de la proteasa), ácido nicotínico, clonidina, pentamidina y hormonas agonistas de la gonadotropina. Respecto a las estatinas, su uso confiere un pequeño aumento del riesgo de desarrollar DM y el riesgo es ligeramente mayor con tratamiento intensivo frente a moderado (RR: 1,12; IC del 95 %: 1,04-1,22).
- ***Otros factores.*** Se ha comprobado una relación en forma de U entre el peso al nacer y el riesgo de DM2. Un peso alto o bajo al nacer se asocia similarmente con mayor riesgo de DM2 durante la vida (odds ratio: 1,36 y 1,47, respectivamente). Los niños prematuros, cualquiera que sea su peso, también pueden estar en mayor riesgo de DM2. La lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de DM: un 15% de reducción por cada año de lactancia hasta 15 años después del último parto; en las madres con DM gestacional no hay beneficios. (Martínez, 2015)

Complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo II.

Entre las principales complicaciones crónicas de la diabetes están:

- ***Daños en el sistema cardiovascular.*** Es la causa más frecuente de la morbilidad y mortalidad de los pacientes diabéticos. La enfermedad coronaria provoca isquemia e infarto cardiaco, además, el riesgo se ve aumentado cuando el paciente es hipertenso y sufre de dislipidemia (colesterol y triglicéridos elevados).
- ***Nefropatía diabética.*** Daño renal que se produce cuando la diabetes afecta a los riñones.
- ***Neuropatía diabética.*** Daños a nivel del sistema nervioso periférico, que provoca dolor, hormigueo, pérdida de sensación en manos, brazos y piernas. El buen control permanente de la glucemia retrasaría por muchos años este padecimiento.
- ***Pie diabético.*** Causado tanto por daño vascular y por daño en las fibras nerviosas del pie, lo cual puede traer como consecuencia gangrena y amputación de los miembros inferiores. El buen control de la glucemia y el examen periódico del pie con el uso de calzado adecuado retrasaría el daño.
- ***Daños oculares.*** Daños vasculares de los vasos que irrigan la retina, provocando ceguera. Los pacientes diabéticos tienen más predisposición al glaucoma y a la formación de cataratas.
- ***Sordera.*** Es causada por el daño vascular y la neuropatía debido a los niveles elevados de glucemia.
- ***Cáncer.*** Posiblemente la diabetes tipo 2 está asociada con riesgo de cáncer del hígado, páncreas, endometrio, colon, recto, mamas y vejiga, esto debido a hiperglucemia e hiperinsulinemia.
- ***Deterioro cognitivo.*** Debido a los niveles de glucemia y de insulina en el cerebro, se incrementan los riesgos de demencia en los pacientes con diabetes.
- ***Otras complicaciones*** de la diabetes mellitus mal controlada son los accidentes cerebro vasculares o ACV, infartos cerebrales (trombosis), incontinencia urinaria, disfunción sexual, etc. (Vanegas, 2014)

Diabetes Mellitus Tipo II. La epidemia del siglo XXI.

De acuerdo con el Anexo Estadístico del VI Informe de Gobierno del Poder Ejecutivo Federal, la tendencia de la morbilidad por diabetes en el país es aceleradamente creciente: entre los años de 2000 y el 2017 se confirmaron 7.32 millones de casos nuevos, y debe destacarse que entre 2000 y 2009 el promedio anual de nuevos casos diagnosticados fue de alrededor de 370 mil, mientras que de 2010 a 2018 el promedio anual se incrementó a poco más de 402 mil casos anuales. Esto implica, en términos relativos, un incremento promedio de 8% entre ambos periodos, según publica México Social (Chiapas Paralelo, 2019). “Panorama de la diabetes en México” hecho por Mario Fuentes y Saúl Arellano (2018) recuperó múltiples datos de la proyección en los próximos años en el aumento de casos de diabetes en el país, además, alertó de la considerable presencia que tendría en estados como Chiapas, donde la elevación de muertes llega a ser considerable respecto a la cantidad de muertes anuales.

La diabetes mellitus tipo II es la epidemia del siglo XXI en México, debido a que “la mortandad que está generando es de una magnitud que no tiene precedente en la historia epidemiológica del país, y su presencia y expansión creciente se debe a la suma de múltiples factores, tanto individuales como ambientales”, detallaron. “Se trata de un padecimiento que se debe mayoritariamente a la combinación de determinantes sociales de la salud, cuya persistencia no puede explicarse sin considerar un estado de incumplimiento generalizado de los derechos económicos, sociales y ambientales.

A partir de la década de los 90, México comenzó a atestiguar un acelerado incremento en el número de personas con diabetes mellitus y comenzaron a producirse estudios para determinar si el problema se debía a una cuestión genética o más bien a factores ambientales o socioculturales y económicos, como la composición de la dieta de las personas” (Fuentes & Arellano, 2018).

Igualmente, de acuerdo con el sitio electrónico sobre diabetes de la Organización Panamericana de la Salud (como se citó en Fuentes & Arellano, 2018), la obesidad constituye quizá el principal factor de riesgo para adquirir esta enfermedad. La epidemia de obesidad, es el causante del aumento de la diabetes, está impulsada en gran parte por dos tendencias que van de la mano: un cambio en los hábitos alimentarios de la población (aumento del consumo de alimentos con un denso contenido energético, ricos en grasas saturadas, azúcares y sal) y la reducción de la actividad física (entre el 30 y el 60% de la población en las Américas no alcanzan el nivel mínimo recomendado de actividad física como por ejemplo, caminar durante 30 minutos al día). Se considera que un adulto está en sobrepeso si tiene un índice de masa corporal (IMC) de entre los 25 y 29,9 kg/m² y es obeso si posee un IMC superior a 30 kg/m² (Fuentes & Arellano, 2018).

Sin duda padecer obesidad o sobrepeso es un factor de riesgo, “esta a su vez también está determinada por factores que van mucho más allá de lo individual; como la pobreza, marginación y violencia, la debilidad regulatoria del mercado de los alimentos y en débiles normas de producción y etiquetado” (Chiapas Paralelo, 2019).

“De acuerdo con algunas estimaciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) gasta ya alrededor de 50 mil millones de pesos anuales en la atención de este padecimiento. De continuar la tendencia, en el año 2050 el IMSS requeriría un presupuesto de 340 mil millones de pesos (a valores actuales) para hacer frente a esta problemática.

(...) Las personas con diabetes gastan cada año alrededor de 14,000 pesos, lo cual representa una enorme erogación, sobre todo para los más pobres, considerando que en el país hay al menos 7 millones de personas viviendo con esta enfermedad. El costo es estratosférico” (Fuentes & Arellano, 2018)

“En el año 2010, la Secretaría de Salud publicó la **NOM 015-SSA2** para la prevención, tratamiento y control de la DM (esta norma fue diseñada de acuerdo con estadísticas mexicanas específicas que recuperaban características propias de la población) en la cual, se señala que la diabetes “ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres (...) con más de 70 mil muertes y 400 mil casos nuevos anuales”, y trae consigo un aumento del riesgo cardiovascular (Secretaria de Salud de México, 2010 como se citó en Velasco & Brena, 2014, p.12).

Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social en su Guía de Práctica Clínica menciona que para el período 2004-2011, la diabetes fue la primera causa de muerte en el país, con un total de 21,096 defunciones únicamente en el año 2011 (Gil et al., 2013).

Autocuidado de la Salud.

“El concepto de autocuidado surgió entre los años 60 y 70 del pasado siglo, cuando se observó la importancia de que las personas adoptasen un rol activo sobre sus enfermedades frente al afrontamiento pasivo tradicional. Los pacientes que empezaban a tomar el control sobre sus vidas y su enfermedad demandaban menos cuidados profesionales y ganaban en calidad de vida (Tattersall, 2012 como se citó en Merchán, 2014, p.15). Durante estas décadas, el autocuidado se considera un movimiento social en contraposición a la hegemonía médica, pero también se interpretó como una estrategia para disminuir la utilización de los servicios de salud, cuyos costes iban en aumento vertiginoso (Crespo & Salazar, 2009 como se citó en Merchán, 2014). En estas acepciones, se percibe una postura filosófica más orientada al pragmatismo que a la consideración del autocuidado como una cualidad innata en el ser humano” (Merchán, 2014, p.15).

En la política de “Salud para todos en el siglo XXI”, la OMS concede una elevada importancia a la participación activa de los ciudadanos en el cuidado de la salud. En el objetivo 8º, reducir las enfermedades no transmisibles, considera el fomento del autocuidado como uno de los principales

ejes de la promoción de la salud, y los describe como las actividades que los individuos, familias y comunidades emprenden con la intención de mejorar, prevenir o controlar la enfermedad y restaurar la salud. Estas actividades se derivan del conocimiento y habilidades técnicas y de la propia experiencia de la vida. Son emprendidas por las personas bien, por decisión propia o en colaboración con los profesionales (Organización Mundial de la Salud, 1998; Merchán, 2014).

La descripción más clásica de autocuidado se debe a Levin (1976 como se citó en Merchán, 2014), quién lo definió como “el proceso por el que la propia persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y de la aplicación de los tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud”. Con esta concepción se pone el autocuidado fuera del dominio del sistema de cuidado de salud profesional. (Merchán, 2014, p.15)

Autocuidado desde la visión enfermera.

“La enfermería es una disciplina que tiene entre sus objetivos fundamentales la educación de las personas para mantener su autonomía a través el autocuidado. Dentro de la tendencia educar y responsabilizar a los individuos en sus comportamientos de salud, se reconoce la idea del autocuidado. El autocuidado es definido desde esta disciplina como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.” (Orem, 2001 como se citó en Merchán, 2014, p.20) “A medida que ha ido desarrollándose el conocimiento en enfermería, se ha puesto de relieve cada vez más la necesidad urgente de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina, como su ámbito de actuación” (Merchán, 2014, p.20).

Aunque la idea de paciente como agente de cuidados fue expuesta con anterioridad por otros autores, la idea de autocuidado desde la perspectiva enfermera fue originada y formalizada por Dorothea Orem, así como el desarrollo de la teoría del déficit de autocuidado dentro del campo de la enfermería.

El modelo de Orem parte de constructos propios, arranca del concepto de cuidado que surge de las proposiciones que establece entre los conceptos de persona, entorno y salud, incluyendo en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina: ayudar a las personas a cuidar de sí mismas o a cuidar de las personas dependientes (Bandura, 2000).

Teoría del déficit del Autocuidado de Dorothea Orem.

“La teoría del autocuidado, explica el concepto autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. En ella se describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. Está fundamentada en que el autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas deben deliberadamente llevar a cabo por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar” (Merchán, 2014, p.22).

El autocuidado en definitiva es un sistema de acción. El autocuidado para enfermería constituye un enfoque particular de la práctica clínica que pone su énfasis fundamental en la capacidad de las personas para promover, mantener y recuperar la salud. Desde esta perspectiva el autocuidado es un hecho cultural, y, por tanto, está influenciado por los valores personales, culturales y del grupo en el que se vive y se aprende mediante la comunicación interpersonal (Gómez, Campero, Rivas & Flores, 2018).

Orem ha definido el autocuidado como “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” (Orem, 1993, como se citó en Merchán, 2014, p.22). “En su aspecto más sencillo, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir” (Merchán, 2014, p.22).

“Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas, y el concepto de "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia y realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (Orem, 1993 como se citó en Merchán, 2014). Esta definición asume el autocuidado como un hecho tradicional, no evita la interacción con los profesionales de la salud y permite la inclusión de medidas de autocuidado para mantener o promover la salud, prevenir la enfermedad y facilitar la recuperación de la enfermedad o lesión” (Merchán, 2014, p.22-23).

“Como parte central del concepto de autocuidado, está la idea de que éste se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden para mantener su salud o su desarrollo natural y tampoco convertirlas en un proceso automático. El autocuidado no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar en tomar decisiones, de hecho, se trata de lo contrario ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus posibilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado” (Merchán, 2014, p.23).

“Para Orem, el autocuidado como conducta se ve condicionado por una serie de factores como el autoconcepto y el grado de madurez del individuo, los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura, los conocimientos que sobre la salud tiene la persona, la situación del grupo con el que vive y se relaciona (constelación familiar, miembros de grupos sociales) y los trastornos o disfunciones de la salud y hábitos inadecuados. Por otro lado, el autocuidado por ser un tema que concierne al ser humano en general, ha retomado fuerza en la sociedad actual que insta a la enfermera a validar, fortalecer y crear aportes a la investigación sobre el tema dentro de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem” (como se citó en Merchán, 2014, p.23).

La teoría de déficit de autocuidado explica que las personas poseen capacidades especializadas necesarias para conocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado. La forma en la que los individuos satisfacen estos requerimientos es por medio de acciones de autocuidado que repercuten en su estado de salud y bienestar. Tanto las capacidades como las acciones de autocuidado tienen como finalidad satisfacer los requisitos de autocuidado, entre los que se encuentran los de desviación de salud. El conjunto de acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado en un punto específico del tiempo, constituye la demanda terapéutica de autocuidado. Cuando la demanda terapéutica es mayor que las capacidades, se dice que existe déficit de autocuidado (López & Guerrero, 2006).

“Orem describe y explica en su teoría las causas que pueden provocar dicho déficit y cómo es la relación o intervención de la enfermería para ayudar a los individuos. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado establece que los individuos tienen limitaciones en las acciones relacionadas al cuidado de su salud. Estas limitaciones los hacen total o parcialmente incapaces para conocer los requisitos o necesidades de cuidado que requieren. Si no conocen estas limitaciones no pueden comprometerse con acciones de autocuidado. Al no realizar estas acciones se ve afectado su desarrollo o estado de salud integral. Es entonces cuando necesitan cuidados especializados de enfermería” (Merchán, 2014, p.24). “Según Orem (como se citó en Merchán, 2014), cuando existe déficit de autocuidado, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas:

- *Sistema de compensación total*. Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, existe un déficit o problema. Dicho déficit o problema es lo que indica por qué la enfermera es necesaria. Por su limitación, el paciente no interviene en el autocuidado y tiene dependencia total de la enfermera.

- *Sistema de compensación parcial*. El enfermo y la enfermera participan en el autocuidado, ya que el individuo puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidados, pero no todos.
- *Sistema de apoyo educativo*. El individuo tiene capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación en la adquisición de habilidades y toma de decisiones. La enfermera instruye y orienta. Las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para satisfacer sus propios requisitos de autocuidado de manera terapéutica” (p.25).

Autocuidado terapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

El régimen terapéutico de la Diabetes Mellitus Tipo II en el adulto, se basa en el adecuado manejo y seguimiento de los siguientes componentes o pilares básicos:

1. Terapia nutricional.
2. Plan de ejercicio físico.
3. Autocontrol glucémico.
4. Tratamiento farmacológico (insulina o antidiabéticos orales).
5. Cuidados de los pies.
6. Revisiones periódicas. (Merchán, 2014)

Este régimen terapéutico se debe individualizar y adaptar a las características de cada persona de acuerdo a la edad, estilo de vida, condicionantes socioculturales, enfermedades asociadas y posibles complicaciones derivadas de la enfermedad (Sanzana, 2009). “El objetivo fundamental del plan terapéutico, es conseguir un equilibrio entre la ingesta de calorías y el gasto energético, junto con el mantenimiento de una concentración de insulina circulante adecuada, que permita asegurar una utilización efectiva de la energía y evitar, en la medida de lo posible, las situaciones de hipo e hiperglucemia” (Lobo, 2011 como se citó en Merchán, 2014, p.79).

El componente, tratamiento farmacológico, no sería necesario en muchas personas con DMT2, si consiguieran seguir una terapia nutricional, practicaran un programa de ejercicio físico regularmente y perdieran peso (Jansa, Murillo & Vidal, 2011); sin embargo, es muy frecuente la necesidad de recurrir a una terapia con insulina o con fármacos hipoglucemiantes orales. “Es importante la participación activa de las personas con DMT2 en su régimen terapéutico, ya sea en elegir o adecuar su plan de alimentación, planificarse para realizar cierta actividad física de forma habitual, tomar la medicación oral o administrarse la insulina, atender las descompensaciones (situaciones de hipo e hiperglucemias), realizar el autoanálisis, vigilancia y cuidado de los pies. Así mismo, desde el programa de educación se debe tender a modificar actitudes, es decir, promover cambios en el estilo de vida que faciliten al paciente responsabilizarse de su autocuidado” (Mitchell & Weiss, 2009; Ariza et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014, p.79-80).

Terapia Nutricional.

“Cuando una persona es diagnosticada de Diabetes Mellitus Tipo II, se enfrenta al problema de cambiar sus hábitos alimenticios. Por eso, es importante seguir ciertos consejos nutricionales si se padece esta enfermedad, pues una alimentación equilibrada y la pérdida de peso pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Actualmente, no se aconseja hablar de una “dieta diabética” por varias razones, las recomendaciones nutricionales para las personas con DM no difieren de las directrices de alimentación equilibrada para la población general y, además, el término “dieta” tiene una connotación negativa para la mayoría de las personas, y lleva implícito un mensaje como es la restricción, comer poca cantidad y comer lo que no gusta” (Peñarrubia, 2006 como se citó en Merchán, 2014, p.80).

“El término que se estima más adecuado es: plan de alimentación individualizado, y cuya principal característica es que debe responder a las necesidades físicas, emocionales, dietéticas, sociales y educacionales de cada persona. Una adecuada terapia nutricional debe aportar hidratos de carbono,

proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Todos ellos, son nutrientes que el cuerpo necesita. La alimentación que una persona con DM requiere, es la misma que debe tener cualquier persona con intenciones de llevar una vida saludable, aunque es preciso que tome algunas precauciones en cuanto a la ingesta de carbohidratos, sobre todo con los de absorción rápida” (Margarida et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014, p.80).

El sentido común nos indica que si la diabetes se caracteriza por un incremento de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre, el problema se podría resolver reduciendo o eliminando los azúcares de la alimentación. A pesar de que ésta es una buena medida de salud general, por desgracia, no es suficiente para controlar la diabetes correctamente.

“Dentro de los hidratos de carbono encontramos 2 grupos que se deben tener en cuenta en la alimentación de las personas con diabetes:

- Azúcares: azúcar de mesa, algunos edulcorantes como la fructosa, frutas y zumos de frutas, leche y yogur, dulces, bebidas azucaradas, chocolate y productos de bollería o pastelería.
- Almidones: presentes en los alimentos farináceos como arroz, pasta, patata, legumbres, pan, cereales, bollería y pastelería.

Los azúcares pertenecen al grupo de los hidratos de carbono. Por tanto, se entiende que los azúcares presentes en un dulce o un pastel aumentarán los niveles de glucosa en sangre de forma similar al almidón que contiene el pan, el arroz o la patata. En cualquier caso, el primer paso a dar es controlar la cantidad de esos hidratos de carbono ingeridos, sean azúcares o almidones.

En los últimos años las recomendaciones sobre el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono se han ido modificando. Así, en la actualidad, la Asociación Americana de Diabetes indica que no existe una cantidad de hidratos de carbono recomendada para el tratamiento de la diabetes tipo 2, siendo autorizadas pautas de alimentación de alto o bajo contenido en hidratos de carbono para el tratamiento de la diabetes. Parece razonable pensar que la cantidad de hidratos de carbono se debe

adaptar a cada persona según sus características personales y especialmente sus niveles de actividad física. Así las cantidades de alimentos como pan, arroz, pasta o legumbres se deberán aumentar en personas que realizan ejercicio físico de forma habitual y reducir en aquellos otros más sedentarios.

¿Los hidratos de carbono complejos se absorben lentamente? ¿Son mejores que los simples?

Los hidratos de carbono los podemos agrupar según el tamaño de las moléculas que los forman. De este modo, existen los hidratos de carbono simples (o azúcares) y los hidratos de carbono complejos (almidones).

Se tiende a pensar que los hidratos de carbono simples suben la glucemia mucho más rápidamente que los complejos. Esto no siempre es así. En primer lugar, lo más importante es recordar que cualquier alimento que contiene hidratos de carbono aumentará los niveles de glucosa en sangre. Los alimentos ricos en azúcares o harinas refinadas (como el pan blanco, cereales, arroz blanco, pasta o patata) son los que elevan las cifras de glucosa en sangre a mayor velocidad, pues su digestión es muy rápida y pasan a la sangre con facilidad. Mientras, los alimentos ricos en harinas integrales (arroz integral, cereales integrales) y las legumbres elevan la glucemia de forma mucho más lenta.

Como siempre, existe alguna excepción. Algunos alimentos que contienen azúcares elevan la glucemia de forma más progresiva. Este es el caso de las frutas. El azúcar que contienen de forma mayoritaria es la fructosa. Este azúcar debe sufrir una serie de transformaciones hasta ser convertido en glucosa, por lo que el efecto sobre los niveles de glucosa en sangre es más lento” (Murillo, 2015).

¿Un paciente diabético puede utilizar edulcorantes artificiales en lugar de azúcar? “Los edulcorantes artificiales son un grupo de sustancias que aportan sabor dulce a los alimentos sin aumentar el aporte en hidratos de carbono. De este modo, al utilizar estas sustancias en lugar del azúcar se reduciría la cantidad de hidratos de carbono ingeridos y con ello, se moderarán los niveles de glucosa en sangre. Existe mucha polémica sobre el uso de edulcorantes en personas con diabetes. En algunos casos se ha relacionado su consumo con efectos secundarios no deseados para la salud. En cualquier caso,

estos estudios no son los suficientemente serios y concluyentes, por lo que en la actualidad su uso está autorizado en nuestro país, siendo considerados como seguros; no obstante, se recomienda el uso razonable de estos edulcorantes, evitando el uso abusivo que podría dar lugar a dosis por encima de las recomendadas. Algunas personas utilizan edulcorantes a base de fructosa o similares, como algunos siropes de agave. La fructosa, aunque de forma más lenta, también aumenta las cifras de glucosa en sangre.

El efecto directo del consumo de alimentos ricos en grasas (aceite, mantequilla, nata, frutos secos o partes grasas de animales) o en proteínas (carne, pescados, huevo, queso entre otros) es mucho menor en comparación con el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono. Si se consumen las porciones recomendadas, estos alimentos apenas afectan a los niveles de glucosa en sangre. No obstante, el consumo excesivo puede dar lugar a desequilibrios de los niveles de glucosa en sangre, aumento de peso y alteraciones de algunos parámetros metabólicos, que empeorarían el estado de salud general de la persona con diabetes.

Además, es importante seleccionar correctamente el tipo de alimento a consumir, evitando alimentos proteicos procesados o grasas de poca calidad, especialmente las que se encuentran en muchos productos de bollería y pastelería industrial.

La alimentación de las personas con diabetes no precisa el consumo de productos especiales, pues se pueden confeccionar menús equilibrados y adaptados utilizando los productos habituales, solamente teniendo en cuenta las cantidades de alimentos consumidas. A pesar de ello, en el mercado existen productos interesantes, que reducen el contenido o tipo de hidratos de carbono respecto a los habituales. De este modo, se pueden encontrar chocolates, galletas, turrone, flanes o panes que debido a esta reducción tendrían un menor efecto sobre los niveles de glucosa en sangre. Para saber si estos productos son interesantes o no, es necesario revisar el etiquetado nutricional que aportan, comparándolo con el producto original. Además, se debe recordar que estos productos ofrecen una

reducción, y no una eliminación, del contenido de hidratos de carbono, por lo que no se pueden tomar de forma libre.” (Murillo, 2015)

Plan de ejercicio físico.

“Tradicionalmente, en el tratamiento de la DM se han considerado tres pilares fundamentales: alimentación, ejercicio físico y tratamiento farmacológico (insulina o fármacos orales), pero no ha sido hasta hace pocos años cuando el ejercicio se ha empezado a recomendar como parte del régimen terapéutico de las personas que viven con DM” (Vicente et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014, p.86).

“El ejercicio presenta características similares de individualización a la alimentación en cuanto a objetivos, preferencias, o circunstancias de los pacientes. Al hacer la prescripción del ejercicio, el profesional debe pensar en las “5 D”: divertido, diario, dosificado, de por vida, y disponible” (González, 2008; Vicente et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014). El ejercicio físico es una actividad recomendada a toda la población y en especial a las personas con DM. Diferentes estudios (Vicente et al., 2011; Alonso et al., 2006 como se citó en Merchán, 2014), han demostrado que en personas obesas su práctica habitual mejora los lípidos plasmáticos y la sensibilidad a la insulina, lo que lo convierte junto con la alimentación en otro de los pilares fundamentales en el tratamiento integral de esta enfermedad, sin embargo, es el más desconocido y menos adherente como recurso terapéutico” (Merchán, 2014, p.87).

La actividad física más recomendable para las personas con DM, sobre todo, para las personas mayores, es caminar o correr de forma suave, sin realizar cambios de ritmo bruscos, y los deportes más adecuados son los que utilizan preferentemente el metabolismo aeróbico, es decir, los de resistencia: atletismo, ciclismo, natación, son algunos ejemplos, ya que estos deportes no requieren cambios bruscos de energía sino esfuerzos mantenidos. Según el tipo de ejercicio, la frecuencia podrá

ser de una hora diaria (andar) o de una hora tres veces por semana (gimnasia, natación...). El ejercicio físico recomendable para la mayoría de los pacientes es caminar de 40-60 minutos/día, al menos 3 a 5 días por semana (Abellán, Sainz de Baranda & Ortín, 2010).

A pesar de las evidentes ventajas que comporta la práctica habitual de un programa de ejercicio físico moderado, su recomendación ha estado limitada en la práctica y, cuando se prescribe, la adherencia de los pacientes al programa de ejercicio es baja. “Según el estudio di@bet.es (Soriguer et al. 2012 como se citó en Merchán, 2014), el 50% de la población con DMT2 mantienen el sedentarismo como estilo de vida. Se atribuye esta baja adherencia al ejercicio a los cambios que supone en el estilo de vida de las personas, a diferencia del tratamiento farmacológico que es el componente más adherente, debido a que consideran peligroso el no inyectarse o no tomar los antidiabéticos orales y, además, su uso no implica cambios sustanciales en sus costumbres y forma de vivir” (Merchán, 2014, p.88).

Tratamiento farmacológico.

“El tratamiento farmacológico inicial en las personas con DMT2 varía en función del grado de control previo, edad, existencia de patologías asociadas y el uso concomitante de otros fármacos. Se sustenta en un plan de alimentación acorde a su estado ponderal, hipocalórico en caso de sobrepeso y normocalórico en casos de normopeso, con una pauta de ejercicio físico a practicar de forma habitual. Cuando estas medidas terapéuticas, tras un periodo prudente de implementación, aproximadamente de tres meses, no consiguen proporcionar un control glucémico adecuado, se pasa al tratamiento farmacológico bien en monoterapia o en terapia combinada con dos o tres fármacos orales o bien con insulina” (Menéndez et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014, p.91).

Actualmente, se dispone de grupos de fármacos para el tratamiento de la DMT2 (Menéndez et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014):

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| Antidiabéticos orales | Metformina |
| | Sulfonilureas |
| | Glinidas |
| | Glitazonas |
| | Inhibidores de la alfa-glucosidasa |
| | Inhibidores de la DPP-4 |
| Insulina | NPH |
| | Cristalina |
| | Análogos ultrarrápidos |
| | Análogos basales |

Fuente: Merchán (2014).

“Antidiabéticos orales en el tratamiento de la DMT2 (en monoterapia o asociación). Sólo se muestran eficaces mientras que las células beta pancreáticas mantienen cierta capacidad de secreción. Como consecuencia de esta disminución en la capacidad de secretar insulina, puede ocurrir, que el tratamiento farmacológico con el que se ha conseguido un excelente control de la glucemia, con el tiempo, ser inactivo (Nathan et al., 2009 como se citó en Merchán, 2014).

La prescripción de fármacos orales debe ser individualizada y contemplar determinados aspectos de la DMT2 como cuál es el defecto predominante, el nivel de obesidad, la presencia de complicaciones y otros procesos concomitantes, situaciones específicas, esperanza de vida y pronóstico, entre otros factores (Menéndez et al., 2011 como se citó en Merchán, 2014). En la selección del fármaco más adecuado se debe tener presente su efectividad en el descenso de los niveles de glucemia, los efectos no glucémicos que tengan repercusión positiva sobre las complicaciones a largo plazo, el perfil de seguridad, tolerancia, comodidad de uso y los costes del tratamiento” (Merchán, 2014, p.92).

“El tratamiento con insulina, el siguiente paso terapéutico en pacientes tratados con antidiabéticos orales y que no consiguen un buen control metabólico” (American Diabetes Association, 2009 como se citó en Merchán, 2014, p.92).

Control glucémico.

“La medición de la glucemia capilar es útil para el autoanálisis y el autocontrol de la persona con DM. Debe distinguirse entre autoanálisis y autocontrol. Autoanálisis es la medición que realiza el propio paciente de su glucemia. Autocontrol, es el proceso por el cual el paciente, tras realizar el autoanálisis, toma decisiones acerca del tratamiento, ya que la automedición de la glucemia por sí sola no mejora el control metabólico de la enfermedad. (Sánchez & Sánchez, 2006 como se citó en Merchán, 2014) El autoanálisis es un recurso que permite a la persona asumir un papel activo en el cuidado de su DM, facilitando pasar del autoanálisis al autocontrol, sirviendo de base para la consecución de los objetivos terapéuticos pactados” (Merchán, 2014, p.93).

Diferencias entre autocontrol y autoanálisis.

Según la Sociedad Española de Diabetes (SED), "el autoanálisis es la medición que realiza el propio paciente de su glucemia; el autocontrol, en cambio, es el proceso por el cual el paciente, tras realizar el autoanálisis, toma decisiones acerca del tratamiento de su diabetes".

El autoanálisis deberá implementarse desde que se diagnostica la enfermedad como apoyo a la educación y como instrumento para ajustar el tratamiento inicial. Para el autocontrol, el autoanálisis por sí solo no es suficiente. Los datos de los estudios existentes sugieren que, para que exista un autocontrol efectivo, se requiere un programa de educación en diabetes específico y estructurado; por tanto, el control de la glucemia capilar está asociado al autoanálisis (Super Cuidadores, s.f.).

Del autoanálisis al autocontrol.

Según la Fundación para la Diabetes, "es una buena recomendación hacerse amigo de la diabetes, ya que la condición de diabético es un acompañante para toda la vida". Los autoanálisis se pueden realizar en cualquier momento del día y la información que aparece en ellos reflejada nos permite corregir la dieta, cambiar determinados hábitos de ejercicio, calibrar la dosis de insulina... Es aquí cuando, como la propia Fundación para la Diabetes apunta, pasamos de la "técnica del autoanálisis al verdadero autocontrol". Debemos conocer:

- Comportamiento de la diabetes
- Conocimiento del estado de salud real y actual
- Riesgos que existen
- Cambios adecuados para conseguir el mejor control
- Manejo de la dieta
- Ajuste de las dosis de insulina con seguridad” (Super Cuidadores, s.f.).

“La frecuencia de la medición de la glucemia capilar se debe adaptar a las características específicas de cada persona con DM, así como a los requerimientos del equipo de salud para una adecuada valoración del control metabólico y a los efectos producidos por los cambios del tratamiento recomendados. Para tender a la individualización de la medida se tendrá en cuenta:

- Tipo de DM
- Tratamiento farmacológico
- Grado de control de la enfermedad
- Situaciones especiales como enfermedades intercurrentes, periodos de inestabilidad, cambios de tratamiento de la enfermedad, otros tratamientos, o cambios de situación o de actividad” (Merchán, 2014, p.94).

“Actuaciones del paciente en las mediciones de la glucemia:

- **Registro detallado de los valores.** Los resultados de las automediciones de la glucemia capilar el paciente los debe registrar manual o electrónicamente, indicando el momento de la medición, el tratamiento utilizado y las circunstancias intercurrentes de interés, si las hubiere.
- **Llevar el glucómetro a las revisiones.** Es recomendable que el paciente lleve su glucómetro a las revisiones, con objeto de poder descargar las mediciones realizadas y evitar errores de transcripción o manipulación de las cifras de glucemia capilar. Además, dentro de los programas de educación terapéutica, es necesario valorar de forma periódica el adecuado funcionamiento de los medidores de glucemia, las pautas de realización de automediciones, las modificaciones del tratamiento, así como que el paciente mantiene los conocimientos y habilidades necesarios para un correcto autocontrol” (Merchán, 2014, p.95).

Cuidado de pies.

La mayor parte de los problemas en los pies que enfrentan las personas con diabetes, tienen su origen en complicaciones en los nervios y vasos sanguíneos. Esto causa mala circulación y falta de sensibilidad en extremidades inferiores, por ello, las pequeñas heridas se pueden convertir en infecciones serias en pocos días. Las complicaciones en los pies del paciente diabético son la primera causa de amputación no relacionada con accidentes (Valverde, 2011).

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la prevención del pie diabético, por ello, es necesario que realicen y enseñen al paciente a hacer una inspección minuciosa, una palpación adecuada y una exploración rigurosa de sus pies de forma habitual. Los factores predisponentes de la lesión del pie pueden evitarse mediante una correcta instrucción y educación al paciente (Alonso & Orozco, 2009).

Asimismo, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de una lesión, puede mantener la integridad de la piel en la mayor parte de las personas con DM, evitando un gran número de amputaciones (Valverde, 2011).

Esta complicación del pie diabético puede evitarse desde un programa de autocuidados en cuyo proceso de información resulta fundamental la actuación de la enfermera educadora experta. El programa incluye intervenciones dirigidas hacia la prevención de los problemas, actuando sobre paciente y familia (Valverde, 2011), a partir de un minucioso control y seguimiento de las personas incluidas en el programa. “Respecto al contenido de los programas de cuidados de los pies (Ficarelli & Edelman, 2007; López et al., 2012 como se citó en Merchán, 2014), a modo de resumen se incluyen los consejos prácticos que deben eliminar las personas con DM para minimizar los riesgos de lesiones:

- Andar descalzos por cualquier superficie
- Calentarse los pies con estufas o braseros
- Uso de calzado inadecuado
- Hábitos higiénicos incorrectos
- Aplicación incorrecta de cremas o lociones
- Corte de uñas
- Uso de callicidas o instrumentos cortantes

Los consejos preventivos deben darse en todos los niveles de actuación profesional, independientemente de si el paciente tiene o no tiene úlcera. Según García Gollate (como se citó en Merchán, 2014), estos consejos preventivos son:

- Lavado de los pies
- Cuidado de uñas
- Inspección de los pies e identificación de lesiones
- Elección del calzado

- Elección de medias y calcetines” (Merchán, 2014, p.99-100).

CONCLUSIONES.

El desarrollo de capacidades de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II permite desarrollar conductas de salud que deben atenderse en momento y no solo en el propio paciente, el desarrollar conductas de salud en el entorno del paciente permite que la familia tenga conocimientos necesarios en caso de urgencias. Es difícil pero no imposible cambiarlas conductas fuertemente arraigadas en las personas y en los grupos sociales, el uso del proceso de enfermería con base a modelos teóricos, facilita las intervenciones especializadas y guían la práctica independiente, el trabajo en equipo interdisciplinario y seguimiento oportuno es fundamental, posible y necesario para ofrecer la calidad del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abarca Gutiérrez María Leticia (2018). Enfoques teóricos y metodológicos sobre la problemática del desarrollo de la competencia de la enseñanza del autocuidado a pacientes con diabetes mellitus en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores. Año: V, Número: 2, Artículo no.21, Período: Octubre, 2017 – Enero 2018. <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/files/200003719-dfd2fe0cce/18.1.21%20Enfoques%20te%C3%B3ricos%20y%20metodol%C3%B3gicos%20sobre%20la%20problem%C3%A1tica%20del.....pdf>
2. Abellán, J., Sainz de Baranda, P. & Ortín, E.J. (2010). *Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular*. Sociedad Española de Hipertensión.
3. Alonso, M.E. & Orozco, R. (2009). Exploración del pie diabético en la consulta de enfermería. *Hygia de Enfermería: revista científica del colegio*, No. 70, pp.38-43.

4. Bandura, A. (2000). *Auto-eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer.
5. Chiapas Paralelo. (5 de marzo de 2019). Diabetes, la epidemia del siglo XXI para Chiapas y México. Recuperado de: <https://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2019/03/diabetes-la-epidemia-del-siglo-xxi-para-chiapas-y-mexico/>
6. Federación Mexicana de Diabetes. (2018). Riesgo Cardiovascular en Diabetes Mellitus Tipo 2. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/riesgo-cardiovascular-diabetes-mellitus-tipo-2/>
7. Fuentes, M.L. & Arellano, S. (14 de noviembre de 2018). Panorama de la Diabetes en México. *México Social*. Recuperado de: <http://mexicosocial.org/panorama-de-la-diabetes-en-mexico/>
8. García Vázquez, Miguel; Álvarez Orozco, María Eugenia; Martínez Garduño, María Dolores; Rojas Rodríguez, María Teresa; Olivos Rubio, Micaela. (2016). Otra visión de la formación del alumno universitario: factores de riesgo de Diabetes Mellitus. *Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año: III. Número: 2 Artículo no.19 Período: Octubre, 2015-Enero, 2016. <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/files/200002317-86c4287c15/Enero%202016%2C%20Art19%20Otra%20visi%C3%B3n%20de%20la%20formaci%C3%B3n%20del%20alumno%20universitario%20Factores...pdf>
9. Gil, L.E., Sil, M.J., Domínguez, E.R., Torres, L.P. & Medina, J.H. (2013). Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), pp.104-119.
10. Gómez, J., Campero, A.J., Rivas, E. & Flores, G. (2018). Impacto del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Higiene y Sanidad Ambiental*, 18(4), pp.1687-1691.
11. Hernández, M., Gutiérrez, J.P. & Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009

12. Jansa, M., Murillo, S. & Vidal, M. (2011). Terapia médico-nutricional y educación terapéutica en la diabetes. *Revista ROL de Enfermería*, 34(5), pp.16-23.
13. León Segura, Carmen Magaly; Navarrete Luque, Vicente; Herrería Vanegas, Sandro (2019). Análisis basado en técnicas de econometría espacial para la predicción de la Diabetes Mellitus en Ecuador. *Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año: VII, Número: Edición Especial, Artículo no.:28, Período: Noviembre, 2019.
https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/_files/200006203-b5b10b5b13/EE%2019.11.28%20An%C3%A1lisis%20basado%20en%20t%C3%A9cnicas%20de%20econometr%C3%ADa%20espacial%20para.....pdf
14. López, A.L. & Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), pp.90-100.
15. Martínez, J. (junio de 2015). ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2? En P.E. Loiola (Coor). *Guía de actualización en diabetes Mellitus Tipo 2*. Recuperado de: <https://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>
16. Medstud Blogs (13 de febrero de 2015). Generalidades de Diabetes Mellitus Tipo 2: Resistencia a la insulina y cambios metabólicos. Recuperado de: http://medstudblogg.blogspot.com/2015/02/generalidades-de-diabetes-mellitus-tipo_13.html
17. Merchán, M.N.(2014). Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con Diabetes Tipo 2. Tesis Doctorales, Universidad de Alicante. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/f7f4/b1eea03d08fff1efd5450ee7904115385d77.pdf>
18. Murillo, S. (28 de mayo de 2015). La alimentación en la diabetes tipo 2. <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/127/la-alimentacion-en-la-diabetes-tipo-2>
19. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

20. Robles, A.L., López, J.A., Morales, K.P., Palomino, F.L. & Figueroa, Y.D. (2014). Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con Diabetes Tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora. *Epistemus*, No.17, pp.41-49.
21. Sanzana, M.G. (2009). Tratamiento de la diabetes en el paciente mayor. *Rev. Med. Clin. Condes*, 20(5), pp.635-638.
22. Super Cuidadores. (s.f.). Pasos para un buen control glucémico. <https://cuidadores.unir.net/informacion/enfermedades/sistema-endocrino/diabetes/786-pasos-para-un-buen-control-glucemico>
23. Valverde, M. (2011). Cuidado del pie diabético. Importancia de la educación. *Revista Rol de Enfermería*, 34(5), pp.345-350.
24. Vanegas, M. (6 de noviembre de 2014). 8 complicaciones de la diabetes. <https://www.hospitalvernaza.med.ec/blog/item/1017-complicaciones-diabetes-mellitus>
25. Velasco, B.J. & Brena, V.M. (2014). Diabetes Mellitus Tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud. *Salud y Administración*, 1(2), pp.11-16. Recuperado de: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A2_Diabetes_Mellitus.pdf

DATOS DE LAS AUTORAS.

1. Leticia Abarca Gutiérrez. Licenciada en Enfermería y Doctora en Ciencias Pedagógicas en el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC). Docente perfil PROMEP. Profesora en la Facultad de Enfermería no.2, Universidad Autónoma de Guerrero. Correo electrónico: abarcama04@yahoo.com.mx

2. Alicia Morales Iturio. Licenciada en Enfermería, Máster en Administración de los Servicios de Enfermería, y Doctora en Ciencias de la Educación. Docente investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero. Docente perfil PROMEP. Correo electrónico:

alicia_morales20@hotmail.com

3. Maximina Gil Nava. Licenciada en Enfermería y Máster en Salud Comunitaria. Doctora en Ciencias Pedagógicas en el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC). Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería no.2, Universidad Autónoma de Guerrero. Coordinadora del cuerpo académico no.56 “Salud Comunitaria”. Correo electrónico: maxgiln@yahoo.com.mx

4. Blanca Estela Sánchez Jaimez. Licenciatura en Enfermería, Máster en Salud Comunitaria y Doctora en Ciencias de la Educación. Docente perfil PROMEP. Docente investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero. Correo electrónico: blancasanchezjaimes@hotmail.com

5. Patricia Ramírez Martínez. Licenciada en Enfermería y Máster en Salud Comunitaria. Doctora en Ciencias Pedagógicas en el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC). Docente investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero. Docente perfil PROMEP. Correo electrónico: patitoespecial02@hotmail.com

6. Delia Naranjo Linares. Maestría con énfasis en salud comunitaria. Maestra de tiempo completo, titular B de la Universidad Autónoma de Guerrero. Doctorante en Ciencias Pedagógicas por el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica.

RECIBIDO: 10 de marzo del 2020.

APROBADO: 24 de marzo del 2020.