

CAPACIDADES Y COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO DE LA PERSONA CON DIABETES  
MELLITUS TIPO II

ELABORADO POR:  
JEFFERSON STEVEN GONZÁLEZ QUINTERO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
BOGOTÁ, 2018

CAPACIDADES Y COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO DE LA PERSONA CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II

ELABORADO POR:  
JEFFERSON STEVEN GONZÁLEZ QUINTERO

Monografía para optar el título de Enfermero

ROSALÍA OLAYA ZUÑIGA  
Enfermera Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud  
Magister en Educación  
Candidata a Doctor en Salud Pública  
Directora del trabajo

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

## TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN .....	4
2. ABSTRACT .....	5
3. INTRODUCCIÓN/PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
4. OBJETIVO GENERAL .....	9
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5. METODOLOGÍA.....	9
6. MARCO CONCEPTUAL.....	10
6.1 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DM II.....	10
6.1.2 RESULTADOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DM II .....	11
6.2 AUTOCUIDADO EN DM II.....	14
6.2.1 RESULTADOS DE AUTOCUIDADO EN DM II.....	16
6.3 AGENCIA DE CUIDADO EN DM II.....	18
6.3.1 RESULTADOS DE AGENCIA DE CUIDADO EN DM II .....	19
7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA, EL AUTOCUIDADO Y AGENCIA DE CUIDADO .....	20
8. CONCLUSIONES.....	23
10. BIBLIOGRAFIA .....	25

## 1. RESUMEN

Se evidencian dificultades en la consecución de las metas, entre ellas las capacidades y comportamientos de las personas, específicamente con Diabetes Mellitus Tipo II en el control de enfermedades no transmisibles donde se destacan variables dependientes de los sujetos diagnosticados, como la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la Agencia de cuidado, dentro de un sistema de salud que desconoce este punto de partida para establecer las estrategias efectivas. Describir la capacidad y los comportamientos de cuidado de la persona con Diabetes Mellitus Tipo II, como fuente de información para establecer intervenciones efectivas del cuidado de enfermería. Revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con las capacidades y comportamientos, donde se incluyen la adherencia, autocuidado y agencia de cuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo II, se utilizaron bases de datos como, Scopus, Elsevier, Pubmed, ClinicalKey, los criterios de inclusión fueron artículos publicados entre los años 2007 a 2018 en idiomas español, inglés y portugués, excluyendo artículos de otras disciplinas o de enfermedades diferentes. Se evidencia que la mayor falencia dentro de las capacidades y comportamientos de las personas son la dificultad en la adquisición de hábitos saludables, el abandono del tratamiento farmacológico a causa de la polimedicación e insuficiente información. Se reafirma la necesidad de tener en cuenta las capacidades y los comportamientos en personas con diabetes mellitus tipo II que pueden influir en la obtención de resultados positivos en la salud nacional y mundial, se hace necesario trabajar en la respectiva validación de instrumentos en Colombia, permitan obtener una medición real de los aspectos relevantes.

**Palabras Clave:** Adherencia y diabetes, autocuidado y diabetes, agencia de cuidado y diabetes.

## 2. ABSTRACT

There are difficulties in achieving the goals, including the abilities and behaviors of people, specifically with Type II Diabetes Mellitus in the control of non-communicable diseases where dependent variables of the diagnosed subjects stand out, such as adherence to treatment, self-care and the Care Agency, within a health system that does not know this starting point to establish effective strategies. Describe the capacity and behaviors of care of the person with Type II Diabetes Mellitus, as a source of information to establish effective interventions of nursing care. Bibliographic review of scientific articles related to abilities and behaviors, including adherence, self-care and care agency in people with Diabetes Mellitus type II, databases were used, Scopus, Elsevier, Pubmed, ClinicalKey, inclusion criteria were articles published between 2007 and 2018 in Spanish, English and Portuguese, excluding articles from other disciplines or from different diseases. It is evident that the greatest weakness in the abilities and behaviors of people are the difficulty in acquiring healthy habits, the abandonment of pharmacological treatment due to polypharmacy and insufficient information. The need to take into account the capacities and behaviors in people with diabetes mellitus type II that can influence the obtaining of positive results in national and global health is reaffirmed, it is necessary to work in the respective validation of instruments in Colombia, to allow obtain an actual measurement of the relevant aspects.

**Key Words:** Adherence and diabetes, self-care and diabetes, care agency and diabetes.

### **3. INTRODUCCIÓN/PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta, entre ellas se encuentran enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes; actualmente siguen considerándose un importante desafío de la salud pública a nivel mundial; según la Organización Mundial de la Salud OMS, durante el monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles para el 2017 en Colombia, se encontró que cada año mueren alrededor de 178.000 hombres y mujeres entre los 30 y 70 años a causa de estas enfermedades (1), aproximadamente tres cuartas partes de las muertes ocasionadas corresponden en su mayoría a poblaciones de bajos recursos.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se plantea la meta en el numeral 3.4 encaminada a las acciones para el control de (Enfermedades no transmisibles) ENT, para dar cumplimiento, los dirigentes nacionales se comprometen a elaborar respuestas nacionales ambiciosas, que minimicen las muertes ocasionadas por enfermedades no transmisibles en un 33% para el año 2030, mediante la prevención y el tratamiento, sin embargo, para el año 2017 las tasas de disminución de muerte temprana por ENT pondrían en peligro el avance hacia la consecución de los objetivos, esto en relación a los progresos insuficientes y desiguales en cada país. Hablando específicamente de Colombia dentro de los diez indicadores planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el análisis de los avances logrados con respecto a los compromisos nacionales, el país mostró deficiencias en las medidas de reducción de la demanda de tabaco y medidas para reducir las dietas malsanas evidenciado por fallos en las estrategias y políticas que se implementaron a fin de conseguir las metas (1). Razones por las que se hace necesario continuar con la búsqueda de acciones pertinentes para las personas con enfermedades no trasmisibles, resaltando en este documento la Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por una insuficiente producción de insulina en las células beta del páncreas, lo que produce una elevación de la glucosa en sangre (hiperglucemia) o ya sea, una insulino resistencia el cual es el déficit parcial de producción de insulina endógena acompañada por fenómenos de resistencia a su acción y otras alteraciones relacionadas con el metabolismo de las grasas y proteínas (2). A escala mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, en comparación con 108 millones en 1980, es decir, la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble —del 4,7% al 8,5%— en la población adulta (3), resaltando el grupo de mayores de 65 años que llegan a tener una prevalencia de hasta 20% y por lo que se estima que en 2015 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2,2 millones de muertes en el 2012 por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo (4), esto corresponde con un aumento de los factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la

obesidad en el último decenio, aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos.

En Colombia según reporte de la Organización Mundial de la Salud OMS, la prevalencia de diabetes para el año 2015 era de 8% tanto en hombres como en mujeres, donde los departamentos con las prevalencias más elevadas fueron: Boyacá, Guaviare, Cundinamarca, Quindío y Santander, según datos del Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS), de cada 100 santandereanos 6 tenían diagnóstico de DM2, siendo más prevalente en el grupo de edad de 45 a 64 años, también se registra un incremento de la prevalencia entre el quinquenio 2010-2015, siendo en el 2010 de 5,7% comparada con un 6,5% del 2015. (5)

Actualmente se han direccionado programas en pro de la prevención y el manejo de la diabetes mellitus u otras enfermedades crónicas, sin embargo, son varias las limitantes que se presentan en el control de estas patologías, donde se destacan las deficiencias en el sistema de salud, los periodos cortos de intervención, las dificultades en el seguimiento por parte de las diferentes disciplinas en salud y diferencias entre criterios médicos en el tratamiento de estas enfermedades.

Otro aspecto relevante y que resulta importante resolver para guiar las acciones de cuidado son los comportamientos y las conductas propias del individuo, una de las dificultades hace referencia al déficit de autocuidado visto como eje fundamental en el proceso de salud de la persona que padece alguna afección, en este caso diabetes mellitus tipo II, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de cuidarse y descuidan el régimen dietético, la medicación, el control de peso y los cuidados personales, los sujetos generan también agresividad y rechazo al tratamiento o bien lo interiorizan deprimiéndose, muchos desarrollan dependencias psicológicas y necesitan que otros cuiden de ellos, sin adoptar un papel activo en su propio cuidado (6).

Según lo anteriormente enunciado, todas estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de glicemia, provocando graves complicaciones de salud, como lesiones de los vasos sanguíneos, retinopatía, nefropatía e incluso la muerte (6) y generando además altos costos económicos y efectos negativos en la salud física y emocional de la persona, esto junto a las restricciones sociales y personales (7), prolongando su recuperación, interfiriendo en su vida laboral, en su calidad de vida y aumentando también las cargas en sus cuidadores. Son diferentes los contextos que obstaculizarían el proceso de recuperación de la salud de las personas con Diabetes Mellitus y de los cuales se profundizará más adelante en la presente revisión documental.

Por otro lado, es posible que no se hayan identificado las causas directas de la baja adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus de forma acertada, de modo que las acciones del sistema no han sido las apropiadas, por lo tanto resulta necesario resolver las condiciones que

impiden un comportamiento adecuado para su manejo. Complementando lo anterior, las políticas implementadas desde la Salud Pública como encargada de garantizar la salud de manera integrada a través de las diferentes acciones dirigidas en su mayoría al colectivo, (8) las cuales buscan disminuir la tasa de complicaciones y/o de nuevos casos de diabetes mellitus no han cumplido eficazmente con sus propósitos, tal vez por la falta de integración entre las distintas disciplinas de salud y el poco diálogo entre los actores del sistema, EPS, IPS y Ente Territorial acciones deficientes frente a la coordinación y planeación de actividades unificadas que resuelvan la situación del país en lo que respecta a las enfermedades no transmisibles específicamente de la Diabetes Mellitus.

Revisando el panorama en Colombia en lo que respecta a las actuales políticas de salud que se desarrolla en el actual Plan Decenal de Salud Pública, dentro de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, se establecen estrategias con el fin de monitorizar enfermedades como HTA, EPOC y la diabetes mellitus, sin embargo no han generado impacto en la población y no se evidencia un adecuado seguimiento con respecto a la adherencia en la población, adicionalmente la transición demográfica y la urbanización de la población han aumentado los costos de personas diagnosticadas con diabetes mellitus. (10)

Posteriormente a través de la ley estatutaria 1751 de 2015 y en el marco de la política de Atención Integral en Salud (PAIS), se establecen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en las que se priorizaron grupos de riesgo, ubicándose dentro del primer grupo, las enfermedades crónicas no transmisibles, donde se incluyen las alteraciones cardiocerebrovasculares y metabólicas, las RIAS se contemplan como herramienta para los diferentes actores involucrados en la atención de las personas, en donde enfermería debería destacarse, como profesión líder en la gestión de la salud, brindando información, educación y coordinando estrategias individuales y colectivas para alcanzar el bienestar de las personas con DM II.

Adicionalmente se crea este modelo de salud con el fin de que contribuya positivamente en el manejo la situación de este riesgo en el país, teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan; en el momento los actores se encuentran en la implementación de esta herramienta y se evidencian las dificultades relacionadas a la falta de gestión en salud por parte de la autoridad sanitaria y la falta de integración de disciplinas en salud para el manejo de esta enfermedad. Otro de los factores que generan un impacto no tan positivo dentro de la implementación de las rutas, está relacionado con la determinación de estrategias sin el conocimiento real y/o específico de las capacidades y comportamientos de cuidado de las personas con Diabetes Mellitus II, por ende, se decide realizar esta revisión documental donde se reúnan los hallazgos reportados relacionados con las capacidades y comportamientos de las personas con diabetes mellitus tipo II y su entorno, que han originado diferentes intervenciones realizadas por enfermería con el fin de mejorar la promoción, la



detección y el manejo de la Diabetes Mellitus mediante la adherencia al tratamiento, la agencia de cuidado y el autocuidado.

La revisión constituye un punto partida para orientar el análisis y la implementación, de manera pertinente y prioritaria de la ruta para este grupo de riesgo. De acuerdo a los hallazgos de la búsqueda de artículos y dentro de las mediciones que se han realizado en diferentes países, relacionadas con el uso de escalas es necesario saber ¿cuáles son las capacidades y comportamientos de cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II? contemplando tres categorías como las más importantes y que faciliten la medición por parte de enfermería, la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la agencia de cuidado.

#### **4. OBJETIVO GENERAL**

Describir la capacidad y los comportamientos, de cuidado de la persona con Diabetes Mellitus Tipo II, como fuente de información para establecer intervenciones efectivas del cuidado de enfermería.

##### **4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento, la agencia de cuidado y autocuidado en la persona con diabetes mellitus tipo II
- Proponer intervenciones frente adherencia al tratamiento, la agencia de cuidado y autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo II.

#### **5. METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con las capacidades y comportamientos donde se incluyeran la adherencia, agencia de cuidado y autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo II, en bases de datos como, Scopus, Elsevier, Pubmed, ClinicalKey; se utilizaron los DeCs: Adherencia y diabetes, autocuidado y diabetes, agencia de cuidado y diabetes; los criterios de inclusión fueron artículos publicados entre los años 2007 a 2018, incluyendo artículos de revisión, artículos de investigación, estudios clínico, literatura gris como normatividad e informes de Organizaciones Internacionales en idiomas como español,

inglés y portugués, se excluyeron artículos de otras disciplinas o que incluyeran enfermedades cardiovasculares u otras diferentes a la Diabetes mellitus.

Posterior a la búsqueda se seleccionan todos los artículos que contemplaran todos los criterios de inclusión un para un total de 62 artículos (26 de Europa, 24 de Latinoamérica, 6 Norteamérica y 6 de otros países) organizados por categorías se incluyen los artículos en una matriz de Excel de la que se extraen datos como: ecuación de búsqueda, operadores booleanos, autor(es), país, año, base de datos, título del artículo, objetivo, palabras clave, población, abordaje metodológico, análisis estadístico, principales resultados y conclusiones.

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

### **6.1 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DM II**

Dentro la revisión la mayoría de artículos citan la definición dada por La Organización Mundial de la Salud (OMS) quien la define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (11). Se puede entender esta categoría como fundamental en el control y tratamiento de la enfermedad puesto que no evalúa solamente la adherencia terapéutica farmacológica en la diabetes sino también las medidas no farmacológicas que adopta cada individuo para mantener estable su estado de salud, incluyendo las modificaciones en el estilo de vida y también el autoanálisis de glucemia capilar, las cuales desde el diagnóstico deben planificarse teniendo en cuenta barreras y dificultades para su cumplimiento.

Han sido diversos los estudios a nivel mundial destinados a evaluar la adherencia terapéutica en personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 los cuales han detallado fallos frecuentes en el cumplimiento de la adherencia terapéutica, determinando algunas causas que conllevan a la misma y que pueden ser muy variadas de acuerdo al contexto político, seguridad social, económico, educativo que requieren un abordaje específico según las particularidades individuales que la originan. Zwart y colaboradores en su artículo “Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad de salud en Chiapas” publicado en la ciudad de México, concluye que la falta de adherencia es el resultado de una compleja interacción entre el ambiente social, la persona y los profesionales de salud (12).

En el contexto de las enfermedades crónicas, en que las personas y sus familiares son responsables por la mayor parte de los cuidados, la adhesión debe ser vista como una

actividad conjunta en la cual la persona no solamente obedece a las orientaciones del personal de salud si no también entiende, concuerda y adopta el régimen prescrito. Por otra parte autores han evaluado la relación entre la adherencia y la mortalidad, encontrando que una buena adherencia al tratamiento se asocia a un positivo desarrollo de la salud y a una disminución de la mortalidad (13).

Alayón describe en su artículo que “La adherencia constituye un tema multifactorial y complejo, en el que se mezclan factores psicológicos, demográficos, y de comportamiento, así como aspectos propios debidos a la cronicidad de la afección y otros que atañen al individuo como tal” (14). Además de las características individuales determinantes de la adherencia terapéutica existen factores sociales y culturales que desfavorecen a la misma, como el difícil acceso a los servicios de salud y las deficiencias en el seguimiento, ya que no se han establecido y unificado instrumentos que permitan la medición de la adhesión en cada persona, por lo que no se convierte en una actividad estricta y/o rutinaria para el personal de salud.

Los reportes encontrados asocian la falta de adherencia terapéutica hacia la complejidad del tratamiento, por lo que, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad. (15)

Holguín y colaboradores sostienen que la adherencia involucra más que el mero cumplimiento de las indicaciones puesto que requiere una colaboración y participación activa y voluntaria de la persona con su tratamiento, entre los factores que más la dificultan se encuentran la falta de apoyo social, la baja autoestima, la ausencia de conocimientos y el bajo nivel educacional, a pesar de la gran importancia que tiene la adherencia terapéutica en el cuidado del diabético, el profesional sanitario no dedica de forma sistemática y exhaustiva el tiempo suficiente en la consulta programada. (16)

### **6.1.2 RESULTADOS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DM II**

Reconocer la falta de adherencia y sus causas es fundamental para poder actuar, mejorando así los resultados del tratamiento y la calidad de vida de las personas con diabetes; han sido diversas las investigaciones y estudios realizados con el fin de implementar estrategias en pro de lograr una correcta adhesión al tratamiento, sin embargo, muestran fallos frecuentes en el cumplimiento de la misma. Según el estudio de Soriguer mencionado por González y Mendoza (17), la tasa de adherencia a la toma de hipoglucemiantes orales varía entre el 36% y el 93%, con una mayor tasa de cumplimiento, con respecto al uso de la insulina que oscila entre el 73% y el 86%. Son muchas las causas que ocasionan que la adherencia al tratamiento no sea adecuada, entre

ellas el grado de satisfacción que se obtenga con el régimen terapéutico (18) o bien sea la carga terapéutica que reciba la persona, por causa de otras enfermedades diferentes a la diabetes mellitus y que requieren de tratamientos complejos.

Otro estudio realizado por Ramos y colaboradores en Cuba (19) concluyó que aproximadamente el 73% de la población femenina entre los 51 y 60 años no es adherente al tratamiento de su enfermedad, mientras que en los participantes de sexo masculino las edades con mayor porcentaje de incumplimiento a la medicación, se encuentran entre los 30 y 40 años (11%) y entre los 51 y 60 años (68%) edades de mayor adherencia en los hombres, este artículo establece que el rango de edad puede estar influenciado por lo señalado en la literatura en cuanto a que, a mayor edad el paciente puede cumplir en mayor medida con las conductas de autocuidado, desde la creencia de que las personas cuando van envejeciendo tienen un estilo de vida más regular en comparación con los más jóvenes.

El tratamiento medicamentoso de la diabetes mellitus es complejo y puede envolver diferentes fármacos y con múltiples dosificaciones, por esto según Gomes et al, en su estudio de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus concluye que las tasas de adhesión, en general, varían de un 31% a 98%, mostrando que entre más complejo es el régimen terapéutico, menor será la adhesión, siendo entonces la insulina menor con respecto a los antidiabéticos orales.

Otro aspecto relevante en la adhesión al tratamiento es la forma de hacer la medición, ya que resulta difícil determinar un método aceptable de adhesión por tratarse de un concepto que puede ser estimado por diferentes métodos y diferentes contextos. En un estudio realizado en Cuba por Morejón y colaboradores muestran que las personas que cumplen su tratamiento representan en su mayoría niveles de instrucción media con un 36% y medio superior con el mismo porcentaje (20), por lo que también se mostraba que más de la mitad de los pacientes eran amas de casa, lo anterior muestra que el nivel educativo influye en la adherencia al tratamiento y en el comportamiento de cuidado cuando se padece de la enfermedad de manera que, a mayor nivel educativo mayores serán las probabilidades de que adquieran compromisos en el cuidado de su salud. (20)

En relación a la edad, la presencia de mayores frecuencias de pacientes cumplidores transita la etapa de la adultez media hacia la tercera edad en algunos estudios, pero en otros se muestra porcentajes altos de incumplidores según avanza la edad, donde relacionan el cumplimiento con la prevalencia de comorbilidades y la polimedicación, algunos autores reportan que la funcionalidad reflejada en las actividades sociales, el sueño, el bienestar psicológicos, la calma y los problemas físicos entre otros, son

ejemplos de aspectos que pueden afectar la calidad de vida del paciente, del cuidador y de la familia en general. (12)

Diversos estudios, han adoptado instrumentos con el fin de determinar la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus, en el caso de España para el año 2016 Orozco y colaboradores realizan el primer método Delphi, es una técnica de comunicación estructurada, desarrollada como un método sistemático e interactivo de predicción, basada en un panel de expertos adaptada para explorar la situación actual frente a la medición de la adhesión terapéutica en España (21), donde concluye que los métodos de medición indirecta de la adherencia más utilizados son los test de Hayness-Sackett y Morisky-Green pero que muestran barreras al momento de implementarse en las consultas, entre las que se encuentran posible desconocimiento del instrumento, limitación del tiempo de atención y falta de coordinación entre profesionales sanitarios para tomar decisiones frente al resultado de la escala.

En el estudio de Gomes y colaboradores realizaron la validación de unos instrumentos para medir la adherencia terapéutica en una unidad ambulatoria de salud de Sao Paulo, Brasil, entre ellos el cuestionario de Medida de Adhesión a los Tratamientos (MAT) (22) la cual es una escala compuesta por siete ítems con patrones de respuesta que van desde “siempre” hasta “nunca” donde se evidenció un menor promedio en el descuido en la toma de la medicación resaltando una diferencia significativa, donde la mayor adhesión se presentó en uso de la insulina respecto a los antidiabéticos orales.

Dentro de los hallazgos en varios estudios, se evidencia el uso de la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, Versión III creada en Costa Rica, adaptada y validada en diferentes países como México y Chile, la cual adicionalmente evalúa los comportamientos de cuidado de la persona, apoyo familiar, ejercicio físico, higiene, autocuidado y la dieta, la medición total incluye 54 ítems (23), según un estudio realizado por Villalobos y colaboradores donde se aplicó esta escala a 104 personas, permitieron identificar los aspectos relacionados con la adherencia terapéutica entre ellos una mayor consistencia interna relacionados con la dieta y apoyo familiar (61,83%) frente a la organización, apoyo comunal, ejercicio físico y la valoración de la condición física quienes presentan los porcentajes más bajos, además fue posible describir la relación entre los eventos conductuales vinculados a los controles médicos de la enfermedad, el seguimiento de las dietas, la higiene y el autocuidado las cuales fueron en general bajas. (23)

En Colombia dentro los estudios que se han realizado con el fin de determinar la adherencia terapéutica, se encontró “factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar” (24)

realizado por Hoyos y colaboradores en la ciudad de Medellín, Colombia, donde concluyen que los factores predominantes en la adquisición de un adecuado cumplimiento al tratamiento son la religión, la frustración y la falta de recursos económicos.

Por otro lado, Rincón y colaboradores establecieron en su estudio que el cumplimiento del régimen de la medicación (tratamiento farmacológico) no presentó abandonos en la población participante (89,9%) (25) sin embargo no se encuentra adhesión al momento de indagar sobre el régimen no farmacológico prescrito para el manejo de la persona con DMII (41,6%), este estudio se realizó mediante la aplicación de un instrumento creado por investigadores de la Universidad Industrial de Santander a través de resultados NOC de enfermería.

Frente a la revisión se establece que 19 artículos correspondían a estudios realizados por y para enfermería donde se incluían las estrategias utilizadas con el fin lograr una medición clara y precisa de la situación en cada país involucrado, en el que la mayoría se evidenció dificultades con los instrumentos utilizados que brinden datos ajustados a la población.

## **6.2 AUTOCUIDADO EN DM II**

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 (26). 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 que permitan al individuo encontrar bienestar, mejorando su salud o la calidad de vida.

Bhuyan define el autocuidado como “un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar.” (27). La Organización Panamericana de Salud (OPS) define el autocuidado como “prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos los comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas (28). Por su parte la Organización mundial de la salud (OMS) recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas, promoviendo el soporte para el desarrollo de habilidades de autocuidado, con el objetivo de responsabilizarlas por su salud y

ayudarlas a mejorar su calidad de vida, modificando o manteniendo los hábitos de vida saludables, estimulando la autoconfianza para sentirse mejor ante cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad (29).

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas y la comunidad para el autocuidado como una estrategia eficaz para el control de riesgos y la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones específicas, con esto también aporta positivamente la reducción de los costos de la salud, los cuales son directamente proporcionales con la disminución del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente (30).

Dorothea Orem pionera en la teoría de enfermería del autocuidado lo define como una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar (31). Partiendo de esto se puede decir que el autocuidado es definido como las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social, teniendo como fundamento la creencia que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprendiendo una serie de acciones para mantener la salud física y mental, previniendo enfermedades, satisfaciendo las necesidades físicas y psicológicas, sin acudir a la consulta médica. (31)

Foucault ha denominado autocuidado según lo menciona Chirolla como “conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo en donde el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones” (32). De esta manera una persona con diabetes mellitus II con correctas prácticas de autocuidado y un adecuado control metabólico, siguiendo metas estrictas, retarda la aparición de las complicaciones y en consecuencia mejora su calidad de vida, puesto que diversas investigaciones señalan que, pese a conocer las pautas de tratamiento, la mayoría de los diabéticos tiene dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en especial: el ejercicio físico, el autoanálisis de glucosa y el cumplimiento de la dieta (33).

Según Gallego, mencionado por Herrera, el autocuidado utilizado como estrategia resulta importante para la consecución de metas y prioridades en el cuidado de enfermería, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo con respecto a su salud, y a la vez reconoce la presencia de factores culturales, educativos y socioeconómicos (34) que pueden ser utilizados para conseguir el bienestar y un mejoramiento en la calidad de vida.

### **6.2.1 RESULTADOS DE AUTOCUIDADO EN DM II**

En la actualidad existen recomendaciones para el desarrollo de habilidades de autocuidado de la persona con diabetes mellitus, por lo que en el estudio realizado por Romero y colaboradores aplicando la escala de capacidad de autocuidado la cual evalúa los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y trastornos de salud en una escala tipo Likert que contiene 25 ítems, se consideró que un promedio de edad superior a 65 años presento una capacidad regular con un 66,5%, por el contrario al estudio realizado por Contreras et al. Muestra en relación con el autocuidado que las deficiencias en el proceso de atención, y seguimiento del paciente, tienden a disminuir la capacidad de autocuidado sumado a que los compromisos adquiridos por los pacientes para lograr un mejor manejo de la enfermedad no son cumplidos en su totalidad asociados a limitaciones en nivel socioeconómico y habilidades de cuidado.

Por otro lado Romero et al, sostienen que el bajo nivel escolar ligado a un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad dificulta el proceso de aprendizaje para el autocuidado, interfiere en la prevención y diagnóstico precoz y aumenta la predisposición para el padecimiento de complicaciones (35).

En cuanto a la actividad y reposo las personas presentan dificultades a la hora de realizar ejercicios y tomar tiempo para ellos, lo que podría estar relacionado con el desconocimiento de la importancia de esto para la salud, tal como lo menciona Cely existe una relación estrecha entre deficiencias en la dimensión de actividad con la falta de interés del paciente (36).

Otro estudio realizado en mujeres afro-americanas en Estados Unidos descubrió que la familia y los roles que juegan pueden ser barreras para el autocuidado y control metabólico del paciente diabético (37). En otras enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, el apoyo familiar ha estado asociado con las prácticas del autocuidado de la salud y el control de la enfermedad crónica.

Hernández (38) en su estudio sobre autocuidado en diabéticos del Hospital Nacional de Amatitlán, Guatemala, encontró que el 83% de los pacientes encuestados demostraban una actitud desfavorable frente a los cuidados necesarios de esta enfermedad, como el cuidado de la piel, pies y uñas, resaltando entre las respuestas desinterés, falta de tiempo y desconocimiento, así mismo se encontró que el 92% no consumía alimentos adecuados para una persona diabética y el 86% no realizaba ejercicios físicos.

En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Veracruz, México, concluye que la prevalencia de autocuidado encontrada fue 62% donde se demostró que



hay una fuerte relación entre familia desintegrada y la falta de práctica el autocuidado al momento de evaluar los factores familiares relacionados con el autocuidado.

Otro estudio realizado por Oyola (39) mostro una prevalencia en cuanto al nivel autocuidado medio con un 92,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. En cuanto a la capacidad de autocuidado relacionada al sexo, se observó que 18,7% mujeres presentaron buena capacidad de autocuidado y 33,1%, regular. En cuanto a los hombres, 14,7% presentaron buena capacidad de autocuidado y 33,5%, regular. Adicionalmente concluye, que las personas que participan en programas grupales, muestran mejor control de la enfermedad y mayor adaptabilidad en las conductas realizadas respecto al conocimiento de la enfermedad, también hay evidencia de que estos programas pueden influir positivamente en la reducción del peso, aumento en el autocontrol, la calidad de vida, adquisición de habilidades de autocuidado y adhesión a los tratamientos.

En México Vásquez y colaboradores (40) evaluaron los conocimientos, la calidad de vida y el apoyo social en personas con diabetes mellitus II donde mediante estrategias de educación y el uso de cuestionarios BERBÉS, IMEVID y MOS para la medición previa de estos factores influyentes en el autocuidado de la persona y el manejo de su enfermedad; como resultados se muestra que en el control metabólico de los pacientes, se notó una disminución entre ambas mediciones en la hemoglobina glicosilada de 8.8 a 7.1% mg/dL; y en glucosa sérica de 159.4 a 116.4 mg/dL, también se mostró disminución en hábitos de vida no saludables a excepción del consumo de tabaco mediante la educación como estrategia,

En otro estudio realizado en México crearon cuestionarios que permitieran medir el autocuidado en personas con diabetes mellitus, donde se incluye factores socioeconómicos: Edad, estado civil, nivel socioeconómico, tipo de vivienda, ocupación, factores relacionados con la familia: Tipología familiar en función de los elementos que la constituyen, factores culturales, factores psicológicos, donde se encontró dentro del estudio una educación deficiente, a nivel psicológico, los síntomas depresivos se han encontrado con mayor frecuencia en mujeres, en individuos con bajos ingresos económicos, que viven solos, que tienen una comorbilidad mayor de dos padecimientos, requieren más de cinco medicamentos o se aplican más de tres dosis de insulina.

Una investigación realizada por Herrera en 2009 en la ciudad de Cartagena, Colombia, muestra el autocuidado en relación a la seguridad social donde se evidenció que el 89,9% hacían parte del régimen subsidiado, 8% contributivo, 3,1% población vulnerable no afiliada, que respecto al Autocuidado, estos últimos representan el 1,3% de baja capacidad de autocuidado, donde además encontraron que un 30,7% de los participantes

de este estudio refirieron no tener fuerzas para cuidarse por ocupaciones diarias o desinterés, para este estudio aplicaron una encuesta estructurada para clasificar sociodemográficamente los sujetos de estudio y para determinar el autocuidado hicieron uso de la escala de valoración de las capacidades de autocuidado.

Los estudios revisados frente al autocuidado brindan herramientas que podrían ser utilizadas en trabajos posteriores, pese a las dificultades que se presentan con la recolección de información por falta de instrumentos que midan con certeza el autocuidado en las personas, encontramos que aproximadamente 15 artículos mencionaban la educación brindada por enfermería como eje fundamental para el fortalecimiento del autocuidado en la detección y control de la diabetes mellitus.

### **6.3 AGENCIA DE CUIDADO EN DM II**

La agencia de cuidado se define como la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo en la vida, decidiendo lo que puede y debería hacerse, con respecto a la regulación para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (41). Denyes también define la agencia de cuidado, como la capacidad que tiene toda persona para tomar decisiones acertadas sobre su salud, mejorando su calidad de vida, y aumentando en gran manera su expectativa de vida, que para la persona con diabetes tipo 2, es de dos tercios de la esperada. (42)

La agencia de cuidado puede examinarse en relación con las capacidades del individuo, repertorio de habilidades y la clase de conocimiento que tienen y usan para ocuparse de un rango de conductas específicas para el mantenimiento adecuado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. (43)

El concepto de agencia de autocuidado es considerado como la “compleja capacidad adquirida” (44) de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, el funcionamiento, el desarrollo humano y que promueven el bienestar.

De acuerdo con la definición anterior, la agencia de autocuidado presenta variaciones según los ciclos vitales de los individuos, el estado de salud, el nivel educativo, la necesidad de acceder a los servicios de salud y las experiencias de vida como promotoras de aprendizaje y el entorno cultural.

Se habla de agencia de cuidado en la combinación de tres partes: (45)

- *Estructura conceptual constituida por capacidades para realizar operaciones de cuidado y autocuidado estimativas, transicionales y productivas*
- *Componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de cuidado y autocuidado*
- *Capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas*

La agencia de cuidado puede identificarse como presente cuando está desarrollada o se está desarrollando en el proceso de salud-enfermedad asociado hacia el deseo de conocer, aprender e indagar, por el contrario se habla de ausente cuando las capacidades de realizar operaciones de cuidado no están desarrolladas o se encuentran deficientes a la demanda que requiere en su enfermedad.

Para Dorothea Orem la capacidad de agencia de cuidado y autocuidado es la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el cuidado y autocuidado; que es desarrollada durante el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar. (46)

Adicionalmente Orem estableció los factores internos y externos que modifican la capacidad de la personas para cuidar y cuidarse, el cual denominó factores básicos condicionantes (FBC), entre ellos se encuentra la edad, el sexo, la etapa evolutiva de desarrollo, los patrones de vida, las condiciones socioeconómicas, los factores socioculturales, el sistema familiar, el medio ambiente, el estado de salud y el sistema de salud. (47)

### **6.3.1 RESULTADOS DE AGENCIA DE CUIDADO EN DM II**

El concepto de agencia de autocuidado, se ha utilizado como marco de referencia para diseñar uno de los instrumentos que ha logrado gran aceptación por investigadoras en enfermería, a nivel nacional e internacional, la Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA, por sus siglas en inglés, que corresponden a Appraisal of Self-care Agency Scale). Utilizada en diversos estudios que se incluyen mas adelante.

Zafra JA y colaboradores (48) realizaron un estudio con pacientes diabéticos en el centro de salud de “El Puerto de Santa María” (Cádiz), reportó que los conocimientos básicos sobre diabetes fueron escasos, donde un 64,3% desconocía la concentración de la

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

Un estudio en Cartagena, Colombia realizado por Herrera (34) a través de la Escala ASA evidenció respecto a la agencia de cuidado que la población estudiada había adquirido habilidades frente a su compromiso con el cuidado de sí mismo, donde un 46,2% cuida su alimentación por conocimiento de los riesgos que se tienen al no cumplirse.

La adquisición de comportamientos de autoreconocimiento y autocontrol en la búsqueda de cambios o alteraciones en su cuerpo representó 51,6% del total de la población estudiada, por otro lado un 52,4% de los participantes mostraron interés por conocer más sobre su patología y los cuidados específicos.

También se mostró en el estudio anterior (34) en el ítem que evalúa alimentarse adecuadamente, el 90 % de los pacientes estudiados expresó que casi siempre y siempre realizan estas prácticas, lo que indica que la mayoría de las personas tiene una buena capacidad de agencia de autocuidado referente al cuidado de sus hábitos alimenticios,

Contreras y Colaboradores realizaron un estudio en Sincelejo, Colombia (49) aplicando la Escala ASA segunda versión en español, la cual consta de 24 ítems y cuatro opciones de respuesta tipo Likert, el cual como resultado mostró regular capacidad de agencia de cuidado con un 88,89%, evidenciando dificultades en el cambio de comportamientos arraigados para el mejoramiento de la salud, en la búsqueda de información sobre su enfermedad y con autoexamen para el control de posibles complicaciones.

La totalidad de los artículos encontrados son estudios realizados por enfermería con el fin establecer una claridad respecto al concepto y adicionalmente lograr una medición de la agencia de cuidado de la persona enferma, mirando las capacidades adquiridas mediante la información, la indagación y la experiencia de vida, en el que se encuentran instrumentos validados y aplicados en Colombia obteniendo resultados favorables.

## **7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA, EL AUTOCUIDADO Y AGENCIA DE CUIDADO**

La diabetes mellitus es una enfermedad no trasmisible (ENT), por su impacto relacionado con la carga de la enfermedad, se incluye dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de acuerdo al último informe el aumento en la incidencia y prevalencia en la actualidad, ocurre en su mayoría en países de bajos recursos, donde las políticas resultan ineficientes para el manejo adecuado de la situación.

En Colombia dentro de las ENT, la diabetes mellitus se encuentra posicionada en las diez primeras causas de mortalidad, según la Asociación Colombiana de Diabetes, el 7% del total de población mayor de 30 años padece Diabetes y aproximadamente el 40% de las personas que la padecen desconocen su enfermedad.

Han sido numerosos los estudios que se han realizado para ver las capacidades y los comportamientos de las personas con diabetes mellitus en diferentes países, con el fin de determinar cuáles son las fallas presentes que han sido impedimento para lograr una disminución de los casos de diabetes mellitus y en los casos ya existentes evitar las complicaciones graves en salud y que ponen en riesgo la vida de las personas, hallando gran relevancia en tres aspectos necesarios que influirían en el manejo y control de la enfermedad, entre las que encontramos la adherencia, el autocuidado y la agencia de cuidado, por lo que se hace necesario abordar por parte del profesional de enfermería para lograr mejores resultados en la consecución de las metas.

Frente a la adherencia, en países como España, Brasil, Portugal, Estados Unidos, se ha trabajado por medir esta dimensión fundamental en el periodo de control de la enfermedad, adaptando instrumentos propios que permitan en las consultas de enfermería tener un reporte del comportamiento de la misma, pues de los hallazgos encontrados se puede evidenciar que de las mayores dificultades que se presentan son los insuficientes instrumentos que permitan evaluar periódicamente la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, en el caso concreto de Diabetes Mellitus Tipo II, la falta de adherencia junto con intensificación del tratamiento son las principales causas del inadecuado control metabólico y se asocia a mayor morbimortalidad cardiovascular.

Otra de las categorías relevantes dentro de las capacidades y comportamientos de las personas con DM II que se evidenció en la búsqueda de las fuentes, se relaciona con el autocuidado, vista como las actividades que realiza la persona en pro de mantener un bienestar en la salud y mejorar su calidad de vida en el padecimiento de la enfermedad, en la actualidad se han creado diferentes estrategias con el fin de garantizar y generar en la persona conductas que permitan un adecuado cuidado de sí mismo en el control de su enfermedad, pero que requieren que la persona tenga una participación activa en la monitorización de los factores influyentes como la alimentación, glicemia capilar, examen de los pies, uso de medicamentos en horarios y dosis correctas, controles médicos periódicos, entre otros cuidados; para este apartado se propone desde el rol de enfermería realizar seguimientos extrahospitalarios que permitan tener datos reales sobre el impacto de su cuidado en casa.

Una variable incluida en el autocuidado es el conocimiento que puede interferir en los comportamientos de autocuidado, pues los bajos niveles de información sobre la enfermedad y su etiología dificulta el proceso de aprendizaje, perjudica la prevención y el diagnóstico precoz y

aumenta la predisposición para otras complicaciones, es por esto que el profesional de enfermería debe educar, informar y actualizar a los sujetos de cuidado con el fin de minimizar las emergencias diabéticas por manejo inadecuado de la enfermedad.

Sin embargo, para la medición del autocuidado también se evidencio dificultades, donde se establecen limitantes respecto a los instrumentos que evalúen esta categoría en las personas, los estudios realizados que buscaban la medición de esta, implementaron cuestionarios estructurados que incluyeran las variables más relevantes en el autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo II.

La última categoría se relaciona con la agencia de cuidado, el cual se evidencio escasas en los resultados de la búsqueda, pues algunos autores tienden a enlazarla o a confundirla con el autocuidado de las personas, si bien es cierto hace parte de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, pero como eje individual que aportara a los resultados positivos en la adquisición de comportamientos en el cuidado de la enfermedad, se habla de agencia de autocuidado a las habilidades inherentes o aprendidas en el transcurso de la vida y desarrolladas mediante la indagación, la información y la experiencia, su diferencia radica en que solo es un componente conceptual mas no operacional.

Los estudios realizados para evaluar la capacidad de agencia de cuidado han hecho uso de la escala ASA creada en estados unidos y basado en la teoría de Orem, adaptada y validad al español en México por Gallegos y utilizada en países como Costa Rica y Colombia.

Con respecto a lo anterior, se han creado diferentes estrategias que abarquen las tres categorías con el fin de mejorar la detección oportuna, la prevención y control de la enfermedad, orientadas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ampliamente ejecutadas por los profesionales de enfermería en apoyo de otras disciplinas en salud, entre estas actividades se encuentra la educación a las personas con diabetes mellitus en el apoyo al automanejo, suministrando información a fin de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el control de sus problemas de salud, donde se incluyan estilo de vida saludable, prevención de las complicaciones, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, vigilancia de los síntomas en casa, resaltando que la educación en la actualidad en personas con diabetes es una prioridad mundial que cubre más o menos éxito a todos los países y es un derecho recogido desde la declaración de derechos humanos de las naciones unidas.

El panorama es amplio para continuar trabajando, ya que los estudios no determinan el alcance hasta el momento, de planes que se mantengan en el tiempo que hayan utilizado la información de los estudios, para realizar un modelo de atención basado en prácticas de éxito por parte de enfermería en la población diabética. Los estudios revisados cumplen tal vez con los objetivos de un estudio particular o un interés particular, varían según el contexto o la región.

Enfermería debe tener presente los resultados globales que dan cuenta a los factores de la persona para enfocar las intervenciones en un cuidado individualizado, y así posteriormente aplicar las políticas que rigen la atención de estas enfermedades; infortunadamente en la actualidad se ejecutan las políticas en el país sin tener un conocimiento de las realidades del sujeto de cuidado y su entorno social, que podrían afectar directamente los resultados en el control de la enfermedad.

El uso de escalas BERBÉS, IMEVID y MOS en Colombia por parte del personal de enfermería favorecería el control de la enfermedad y la disminución de la hemoglobina glicosilada mediante intervenciones educativas que brinden a la persona herramientas que ayuden a adoptar un estilo de vida saludable que conlleven un buen control glucémico y metabólico, se hace necesario trabajar en la adaptación y validación de las escalas para enriquecer el actuar enfermero en el cuidado a personas con diagnósticos de diabetes mellitus tipo II.

## **8. CONCLUSIONES**

Las capacidades y los comportamientos de las personas resultan siendo el punto de partida en el control y manejo de las enfermedades no transmisibles es este caso la diabetes mellitus, por ende, adoptar conductas apoyadas en el profesional de enfermería, quien brindará las herramientas necesarias incluyendo la información y la coordinación de actividades de promoción y fortalecimiento del autocuidado con el fin de conseguir ajustes en los hábitos alimenticios, realización de actividad física y un adecuado apego terapéutico, implicaría una mejoría en el bienestar de las personas, por lo tanto los requisitos de autocuidado demandan del individuo la aceptación y el compromiso con el mantenimiento de la salud, de acuerdo con Dorothea Orem el individuo debe tener la capacidad de actuar autónoma y deliberadamente y en forma de cuidado hacia sí mismo, requiriendo de la capacidad para usar la razón en la toma de decisiones.

Pese a los fallos y deficiencias en las políticas que se han implementado para mejorar la prevención, la detección y el control de estas enfermedades en salud pública se hace necesario seguir trabajando dentro del modelo de atención a fin de lograr mejores resultados frente a los Objetivos de desarrollo sostenible y el control del grupo riesgo en las Rutas Integrales de Atención en Salud, mediante el reconocimiento de la falta de adherencia y de conductas de autocuidado promoviendo el uso de instrumentos que brinden datos reales del comportamiento de la diabetes en el país, puesto que es donde se encuentra la mayor brecha en la atención de salud de estas personas.

En Colombia no se encuentran escalas de adherencia terapéutica validadas, diferentes a la de Morisky-Green, que ayuden a identificar el comportamiento real de la adhesión terapéutica en las personas con diabetes mellitus II (21), por lo que el resultado de esta revisión documental determina la importancia de establecer o validar una escala real que incluyan factores extrínsecos e intrínsecos que afectan o potencian la adherencia en la población colombiana.

De acuerdo a la revisión documental se pudo evidenciar que la mayor falencia dentro de las capacidades y comportamientos de las personas se encuentra la dificultad en la adquisición de hábitos saludables y el abandono del tratamiento farmacológico o la automodificación del mismo, relacionadas con las concepciones culturales, obedeciendo más a las percepciones religiosas, alimentarias y emocionales (12).

Se evidenció que los altos costos de los servicios de salud, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible y la solicitud de un excesivo número de exámenes son las principales causas del incumplimiento terapéutico.

Por otra parte, la educación sigue siendo el pilar fundamental en la atención de enfermería para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus facilitando la toma de decisiones frente al manejo de su enfermedad, ya que los mayores porcentajes de personas que no responden a su tratamiento tienen relación directa con el nivel educativo en el que se encuentran (20), además enfermería debe priorizar el tratamiento a pacientes con polimedición y realizar un seguimiento específico con el fin de lograr una adherencia terapéutica frente a las comorbilidades que presenta la persona, es decir, la atención integral en enfermedades no transmisibles mediante la participación de enfermería puede resultar pertinente como una aportación en la búsqueda de nuevos modelos en los servicios de salud y contribuyen a lograr resultados de salud favorables.

A medida que las enfermedades crónicas cobran mayor importancia en el ámbito de la salud, las capacidades y comportamientos de las personas seguirán afianzándose como enfoque crucial para tratar estas enfermedades, prevenirlas y promover el bienestar, esto debería llevar a que las intervenciones por parte de enfermería y otras disciplinas de salud vayan hacia el aporte de las aptitudes prácticas para el automanejo en personas y comunidades con riesgos tangibles de padecer una enfermedad no transmisible.

Es necesario fortalecer el rol de enfermería en el actual modelo el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), lo cual solo será posible si se determina una estandarización de medición para conocer los comportamientos y capacidades de las personas para el autocuidado, de lo contrario se estará enfocando de una manera no tan pertinente las acciones asignadas en la RIAS, el estudio determinó varios factores que resultan necesarios antes de establecer una ruta, y el profesional de enfermería debe ser consciente de esta necesidad.



## 9. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar nuevas investigaciones por parte de enfermería, que reúnan una mayor muestra donde se logren extraer datos reales del comportamiento del manejo y control de la diabetes mellitus en Colombia; por otro lado se evidencia una confiabilidad en la “escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II-versión III” por lo que se hace necesario hacer la respetiva validación y adaptación para la población colombiana con el fin de lograr aportes significativos a los resultados investigativos.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. (2017). Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/259806>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Palmer JP, Lennmark A. Diabetes Mellitus. 4ª. Edición. Rifkin H, Porte D. Editores, Amsterdam: Elsevier Amsterdam 1990. p. 414-435.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=B8AEF5E9B6C833E267909DA2AEC12EAC?sequence=1>.
4. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 312. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Consultado el 10 de diciembre de 2014.
5. Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS). La diabetes: una enfermedad cada vez más frecuente. Actualidad OSPS. [Internet]. 2016 [consultado 18 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://web.observatorio.co/la-diabetes-una-enfermedad-cada-vez-mas-frecuente-especialmente-en-las-mujeres-y-adultos-mayores-de-45-anos>.
6. Brannon L, Freist J. Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo – Thomson Learning. 2001.
7. Sánchez B, Carrillo GM, Barrera OL, Chaparro L. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. Aquichan. 2013; 13(2):247-60.
8. LEY NÚMERO 1122 (2007) Ministerio de salud y protección social COL. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.
9. Goday A, Franch J, Mata M. Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2. Actualización 2004. MedClin (Barc); 123(5):187-197.
10. Aschner, P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. 2010. Hospital universitario San Ignacio, Bogotá. Vol. 26 (2). P. 71-134.
11. World Health Organization. Diabetes Fact sheet No. 312. Updated March 2013 [consultado 18 Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
12. Zuart R, Ruiz HJ, Vásquez JL, Martínez J, Linaldi F. Adherencia hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas.

13. Simpson, SH, Eurich DT, Majumdar Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JAA. Metaanalysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006; 333:15.
14. Alayón AN, Mosquera-Vásquez M. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. Salud pública [Internet]*. 2008 [consultado 23 de enero de 2016]; 10(5): 777-787. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en)
15. Martin, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev cubana Salud Pública*. 2006.
16. American Diabetes Association. Executive summary: standards of medical care in diabetes. 2011. *Diabetes care* 2011; 34 (suppl): 4-10.
17. González C; Mendoza L. Adherencia al tratamiento en la diabetes. Factores que influyen y estrategias para mejorar. *Protocolos de práctica asistencial*. 2016. p. 1054-1055.
18. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of WHO consultation. *Diabet med*. 1998; 15:539-53.
19. Ramos M, Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Cuba. *Rev Cubana Farm*. 2016
20. Morejon R, Ramos Y, Gomez M, Reina ME, Rangel C. adherencia terapéutica con diabetes mellitus tipo 2. Universidad de ciencias médicas. Cienfuegos, Cuba. 2017.
21. Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. abordaje de la adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones.
22. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validacao concorrente de uma medida de adeseo aos tratamentos. *Psicol Saude Doencas*. 2001; 2(2): 81-100.
23. Villalobos A, Quirós D, Leon G, Brenes J. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de las diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Revsita diversitas en psicología*. Vol. (3). 2007
24. Hoyos T, Arteaga M, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Revista investigación y educación en enfermería*. Vol. 29 (2). p. 194-203. 2011
25. Rincón M, Torres C, Corredor K. adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Ciencia y cuidado*, Vol. 14 (1). 2016.
26. Da Silva E, Dos Anjos M, Carvalho M. Construcción y validación de la escala de Educación terapéutica para el comportamiento del autocuidado en la diabetes. *Revista de Enfermagem Referencia*. Vol. 4 (8); p. 35-44. 2016
27. Kuman Bhuyan K. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. *Biomed Central Public Health* 2004; 4:11-25.
28. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
29. Organización Panamericana de Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas,

- incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 2006. 47° consejo directivo. 5ta sesión del comité regional.
30. Kickbusch I. Self-care in health promotion. *Soc Sc Med*. 1989;29(2):125-30.
  31. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
  32. Chirolla, Gustavo. “Reseña de “Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí” de Humberto Cubides Cipagauta”. *Nómadas*. Abr. 2007: 241-243. Impreso.
  33. Bail V, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Argent salud Pub* [en línea] Ene – Jun-2012[3-92013];3(10):15-23. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf>.
  34. Gallego R. Calidad de la asistencia al paciente con Diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de una consulta de atención primaria. En: *Revista diabetológica*. 2002, vol. 18 (2), p.84-93.
  35. Romero I, Dos Santos, MA, Martins TA, Zanetti, MI. Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. 2007. *Rev latino-am. Enfermagen*.
  36. Cely M, Espinosa X, Mateus J. y Rodríguez S. Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una Fundación de Bogotá, en el periodo comprendido entre agosto a noviembre del 2007. Tesis (pregrado en enfermería). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá D:C. [en línea] [acceso 6 de agosto de 2012]; Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>.
  37. Samuel-Hodge CD, Skelly AH, Headen S, Carter-Edwards L. Familial roles of older African-American women with type 2 diabetes: testing of a new multiple caregiving measure. *Ethn Dis* 2005 Summer; 15(3):436-43.
  38. Hernández D. Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital nacional de Amatitlán [tesis para optar el grado de licenciada en enfermería] Guatemala, universidad de san carlos. 2011 disponible en: <http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Tesis%20Dora%20Hernandez.pdf>. Consultado 25 de mayo del 2013.
  39. Oyola K. Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H 1 de Febrero – Nuevo Chimbote, 2010. Disponible en: <http://increscendo.uladech.edu.pe/es/ediciones/ediciones-anales/descargar-revista/finish/3-revista-increscendo/7-revista-in-crescendo-vol-1-n-2-julio-diciembre-2010>.
  40. Vázquez A, Abdala T, Alvara E, Tenorio G, López E, Cruz S, Dávila R, González A. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Méd Quir*. 2012; 17(2): 94-99.
  41. 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.
  42. Denyes M, Orem D, Bekel G. Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*. 2001; 14 (Iss. 1): 48-7. Disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=74778874&sid=5&Fmt=2&clientId=23922&RQT=309&VName=PQD>, consultado en septiembre de 2018
  43. Orem D. *Nursing. Concepts of practice*. Sixth edition. Louis Missouri: Mosby, 2001. p. 256

44. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª ed. Barcelona: Masson Salvat; 1993.
45. Söderhamn O, Evers G, Hamrin E. A Swedish version of the appraisal of self-care Agency (ASA) scale. *Scand J. Caring Sci.* 1996; 10:3-9.
46. Orem D. Normas prácticas en enfermería. Madrid: Ediciones Pirámide; 1983. p. 79-115.
47. Gast HL, Denyes MJ, Campbell JC, Hartweg DL, Schott-Baer D, Isenberg M. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. *Adv Nurs Sci.* 1989;12(1):26-38.
- 48.
49. Zafra JA, Méndez JC, Failde I. Nivel de conocimientos y autocuidado de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). *Endocrinol Nutr.* [en línea] 2001 [6 de Febrero de 2.011]; 48(07):187-92. Disponible en:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/12/12v48n07a13019765pdf001.pdf>.