

## Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2

Medellín-Vélez Beatriz

Licenciada en Enfermería, Hospital General Regional No. 36. Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Puebla. México

### Resumen

#### Palabras clave

- Diabetes mellitus
- Autocuidado
- Educación del paciente

**Introducción:** Ante el problema epidemiológico que presentan las enfermedades crónico-degenerativas y el impacto en los servicios de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implementó dentro de sus unidades, el programa PREVENIMSS. La clínica 32 del estado de Puebla con el propósito de contribuir y dar cumplimiento, conformó el programa de-

nominado "Modelo de atención integral de enfermería" para personas con diabetes mellitus en la Unidad de Medicina Familiar No. 57 "La Margarita".

**Objetivo:** Presentar la experiencia con el modelo de atención en un periodo de 18 meses.

**Metodología:** El trabajo fue de tipo intervención descriptivo longitudinal en 92 pacientes ambulatorios, utilizando el proceso de enfermería como principal indicador, con base al modelo del déficit de autocuidado. Se realizaron en promedio por persona 68 valoraciones localizadas y 18 generales en los requisitos de autocuidado, se conformaron ocho diagnósticos generales, tres presentes en todos los pacientes.

**Resultados:** Fueron contundentes en el control de los niveles de glucosa.

**Conclusiones:** Se demostró que la integración de enfermería en los programas de atención a los padecimientos crónicos en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud y los familiares, son necesarios para re-enfocar funciones y contribuciones específicas a través de modelos de atención de enfermería integral.

### Abstract

**Introduction:** Facing the epidemiological problem that chronic-degenerative diseases present, and their impact in health services, the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implemented the program PREVENIMSS within its medical facilities. With the purpose to contribute and accomplish a program, the clinic # 32 from Puebla State structured the program denominated "Integral attention nursing model for individuals with diabetes mellitus in the Family Medicine Facility #57 "La Margarita"

**Objective:** To show the experience with that model within a period of 18 months.

**Methodology:** Interventional, descriptive, and longitudinal study with 92 ambulatory patients, utilizing the nursing process as the main indicator, based on the self-care deficit model. An average of 68 focalized and 18 general assessments were performed with the requisites of self-care; from 8 general, structured diagnoses, 3 were present on all patients.

**Results:** Obtained results were conclusive regarding control of blood sugar levels.

**Conclusions:** The study demonstrated that the integration of nursing into chronic illness-attention's programs along with health interdisciplinary team and family are essential to refocus functions and specific contributions through integral nursing process models.

#### Key words

- Diabetes mellitus
- Self-care
- Patient education

Correspondencia:

Calle Eucalipto No. 35, Col. Fracc. Arboledas de Guadalupe. C.P. 72260, Puebla, Puebla. México

Dirección electrónica: bemv45@hotmail.com

## Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es considerada un grave problema de salud pública, absorbe la mayor parte del presupuesto institucional de salud a nivel nacional, el gasto originado por sus complicaciones es tres veces mayor que su tratamiento. La última encuesta de salud y nutrición<sup>1</sup> reveló que en México, la DM pasó de 10.5 al 22.2% en la población adulta, adicionalmente las instituciones de salud en general reportaron: que la DM se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos de los hospitales y es la tercera o cuarta causa de la consulta externa. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) diariamente mueren un promedio de 40 personas por esta patología, se calcula que del 20 al 30% de los casos de hospitalizaciones en el IMSS tienen complicaciones de pie diabético y son las causas de internamiento más frecuente con un promedio de 36.000 defunciones anuales por complicaciones.<sup>2,3</sup>

De acuerdo con Landeros,<sup>4</sup> la DM es una epidemia, su prevalencia obedece a ciertas conductas de riesgo en común, exacerbadas a partir de las dos últimas décadas del milenio pasado. Esto ha sido consecuencia multifactorial, que va desde el incremento en el promedio de vida, hasta el proceso de urbanización y las condiciones sociales.

Aunque la DM es una enfermedad no curable, se controla en la mayoría de los casos de reciente inicio, el trabajo que realiza enfermería, es reforzar el autocuidado, prevenir y disminuir los factores de riesgo, se recomienda a las personas que padecen esta enfermedad y a sus familiares, que tienen que hacer grandes modificaciones en su forma de vida, para evitar complicaciones serias; asimismo tienen que adquirir habilidades dirigidas al control del padecimiento, aceptar la enfermedad, modificar la dieta y realizar ejercicio, acciones que han demostrado garantizar una mejor calidad de vida.<sup>5</sup>

De acuerdo con Gallegos,<sup>6</sup> en los programas que enfermería ha desarrollado en diversos países, se identifican tres niveles sinérgicos de acción:

1. Políticas y regulaciones, que apuntan a determinantes de nivel macroeconómicas.
2. Acciones comunitarias que promuevan la participación de la población y modifiquen la demanda.
3. Modificaciones a los servicios de salud, para atender a pacientes crónicos y ofrecer programas preventivos en forma combinada.

Con respecto a éste último, en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla, se ha institucionalizado un departamento exclusivo de enfermería denominado "Modelo de atención integral de enfermería" para ofrecer cuidado a personas con DM, tiene la finalidad de evaluar conocimiento y habilidades desarrolladas para su autocuidado, éste obedeció a una política interna en la comprensión de la acción de enfermería en el marco de referencia de los programas integrados (PREVENIMSS) de atención a los padecimientos crónicos, indispensable para re-enfocar sus funciones y contribución específica. El departamento de enfermería interesado en el problema, integró de forma independiente este programa, con la firme convicción en el que el personal de enfermería puede contribuir con conocimiento propio, utilizando modelos teóricos que respondan a la interpretación del cuidado integral y efectivo, de acuerdo a la concepción disciplinaria.

El propósito de este trabajo, es dar a conocer los resultados obtenidos en un periodo de 18 meses donde se realizaron valoraciones diagnósticas, planeación del autocuidado y actividades para desarrollar habilidades que les permitan a las personas cuidarse por sí mismas en sus hogares, y de esta forma contribuir en la disminución de complicaciones e ingresos hospitalarios.

## Sustento teórico

La intervención de enfermería es sumamente importante, ya que cuenta con una guía teórica que permite organizar cada intervención de cuidado y así medir de forma cualitativa y cuantitativa el impacto de la intervención. Uno de los modelos más utilizados en el mundo es la teoría general del déficit de autocuidado compuesta por teorías de mediano rango: teoría del autocuidado; teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. De la teoría del déficit de autocuidado se retoma el concepto Capacidades de Autocuidado (CAC), consideradas como las habilidades que le permiten al individuo cuidar de sí mismo; de acuerdo con la teoría, estas habilidades son desarrolladas o no dependiendo del entorno sociocultural, y pueden ser reforzadas en actitud y acción. De la teoría de sistema de enfermería se retoma los tres subsistemas para valorar el grado de dependencia con respecto a la enfermera: a) totalmente compensador, donde el paciente depende de una manera total del cuidado de enfermería, situación que se puede dar en un paciente sometido a una terapia intensiva. b) parcialmente compensador, donde el receptor de cuidados tiene habilidades físicas y cognitivas para cuidarse, pero no son suficientes y necesita del apoyo de enfermería. e) soporte educativo, sistema que está siempre presente en cualquiera de las situaciones en la que se presente el paciente (incluye los otros dos sistemas).<sup>7,8</sup> Ambas teorías se relacionan por un común denominador: el autocuidado elemento primario o meta del modelo. Para realizar la apreciación, se valoran los requisitos de autocuidado, que se dividen en tres: para el desarrollo, desviaciones de la salud y requisitos universales. Para la intervención en este trabajo se tomaron en cuenta los dos primeros, la desviación de la salud, que incluye a las personas con DM y la etapa de desarrollo como personas adultas. Para

esta intervención, únicamente se utilizó la valoración de los requisitos universales, que se dividen en ocho; las primeras cuatro son fisiológicas, aire, agua, alimentación y eliminación, mismas que deben tener equilibrio con respecto a la demanda que se requiera en las diferentes situaciones. Las otras cuatro son; Interacción social, actividad y reposo, prevención de peligros para la vida, y normalidad, ésta última valora principalmente la aceptación o no de la enfermedad.

Los requisitos universales son valorados de acuerdo a la exploración que realiza el personal de enfermería, tratando de identificar CAC no desarrolladas e incrementar las mismas por medio de la intervención de acuerdo al sistema de enfermería requerido.<sup>9</sup>

Existe un concepto periférico al modelo denominado factores básicos condicionantes (FBC) que afecta de manera intrínseca o extrínseca a cada una de las teorías, los principales son: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y el estado de salud, de éstos depende el estado de desarrollo de las capacidades de autocuidado que en cada persona se perciben de manera diferente.

### Estudios relacionados y antecedentes

Diferentes estudios de investigación, han sido realizados en diversos escenarios, en la mayoría incluyen grupo de personas con DM o alguna otra enfermedad crónica degenerativa; se han utilizado técnicas de visita domiciliaria y seguimiento para valorar el conocimiento antes y después de la intervención de enfermería con base a sesiones educativas. En todos los reportes el resultado ha sido satisfactorio, en ellos se recomienda la consejería individual para reforzar CAC, situación que en unos estudios se demostró el control de la hipertensión arterial, en otros los niveles de hemoglobina glucosilada fueron a la baja en cada medición en personas con DM.<sup>10-12</sup>

Otros autores han realizado intervenciones en personas con afecciones cardiovasculares, de manera individualizada con base a la metodología de "estudio de caso", todos ellos utilizaron el proceso de enfermería bajo premisas teóricas del modelo del déficit de autocuidado. Estos seguimientos se realizaron en un promedio de siete meses, en donde la evaluación continua, permitió ajustar las intervenciones de enfermería para obtener habilidades de autocuidado en el paciente y el familiar responsable.<sup>9,13-15</sup> En otras investigaciones, no se ha utilizado la intervención, solo la identificación de características de grupos de personas con DM en relación con postulados teóricos, en quienes se ha demostrado asociación estadísticamente significativa entre las capacidades de autocuidado con diferentes FBC: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y cognitivo. En la mayoría se ha demostrado que no solamente la enfermedad, sino la percepción de las personas sobre su salud, afectan directamente las habilidades de autocuidado y que el descontrol de los factores de riesgo, exacerban el déficit de autocuidado.<sup>16-18</sup>

### Metodología

Estudio descriptivo, longitudinal, tipo intervención, con base en el proceso de enfermería, sustentado por el modelo teórico del déficit de autocuidado. Se incluyeron personas con diabetes mellitus, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del IMSS. La muestra obtenida fue por conveniencia, con un total de 92 pacientes quienes autorizaron verbalmente y por escrito participar, respetando siempre los principios éticos de acuerdo a Ley General de Salud en materia de investigación.<sup>19</sup>

La evaluación general se realizó cada mes durante un año y medio.

### Valoración inicial y resultados

Los Factores Básicos Condicionantes (FBC) que describen a la muestra son: la edad, entre 40 y 80 años (Md=46.5), sexo femenino 64%; 60% cuenta con educación primaria, 30% es analfabeta, 70% son pensionados, y 60% casados.

Desviaciones de la salud: 14% de la población padece sobrepeso, 58% algún grado de obesidad y 80% presentaban alguna complicación asociada a la DM.

### Valoración de los requisitos universales y resultados

Aire: En la entrevista 12 participantes presentaron dificultad para respirar, de los cuales 10 eran fumadores crónicos.

Agua: 80% de los entrevistados ingieren menos de dos litros de agua, 65% por desconocimiento, 15% a razón de presentar algún grado de edema.

Alimento: 100% consume alimentos a base de pastas, harinas y carbohidratos, la mayoría desconocía el tipo de alimentación que debería llevar, 90% comentó tener antecedentes heredofamiliares de obesidad. 80% no tiene dentadura completa. Eliminación: 80% manifestaron estreñimiento crónico, 60% ingiere laxantes.

Actividad y reposo: 92% de los participantes manifestaron sedentarismo, no realizaban ningún tipo de ejercicio.

Soledad e interacción social: 25% de los participantes refirió ser económica y moralmente dependiente de los hijos, 17% no refirió tener alguna actividad recreativa, no comunicaron ningún pasatiempo, ocasionalmente van a misa o de visita con algún familiar.

Prevención de peligros: 90% desconocía las complicaciones de la enfermedad; 45% padece trastornos

visuales sin tratamiento; 90% desconocía el corte correcto de las uñas de los pies; 80% usaban calzado inadecuado; 98% presentaba piel seca y 78% padece insuficiencia vascular en miembros inferiores.

Normalidad: 80% de los participantes manifestó sentimientos de pérdida de la salud, sentimientos de culpa y depresión, 70% de los entrevistados manifestaron llevar una vida desorganizada y no aceptan la enfermedad.

### Principales diagnósticos de enfermería

Por medio de la valoración se conformaron ocho diagnósticos de enfermería; tres presentes en todos los pacientes:

1. Desviación de la salud relacionada con padecimiento metabólico evidenciado por déficit de conocimiento, sobrepeso, obesidad y valores de glucosa sanguínea elevados.
2. Alteración de los requisitos universales agua, alimentación y eliminación relacionado con el consumo inadecuado de nutrientes y déficit en el aporte de líquidos manifestado por estreñimiento.
3. Alteración de la integridad cutánea relacionado con déficit de conocimiento manifestado por piel seca, disminución de la sensación táctil y micosis en uñas y pies.

### Intervenciones de enfermería

Las intervenciones específicas para cada uno de los diagnósticos que involucran el desarrollo de las habilidades de autocuidado, se realizaron en un periodo de 18 meses.

1. Desviación de la salud. Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

El principal problema fue la falta de conocimiento sobre la enfermedad, para

revertir esta situación, se eligieron diversos métodos de enseñanza para dar a conocer lo relacionado con la DM y sus complicaciones. Se proporcionó material didáctico para fortalecer el autocuidado, por medio de dibujos, se realizaron sesiones educativas, formación de grupos de apoyo, se manejaron técnicas de estrés y autoestima, se les enseñó la técnica para la aplicación de medicamentos/insulina, monitoreo de la glucosa por medio de tiras reactivas, con énfasis en los participantes con glicemias mayores de 180 mg cada semana hasta lograr niveles óptimos.

Se establecieron las sesiones de ejercicio de 15 a 30 minutos de acuerdo a su capacidad y condición física, se instruyeron en rutinas generales que repetían en sus hogares de forma personal, los ejercicios fueron de bajo impacto, consistía principalmente en el calentamiento del sistema músculo-esquelético, técnicas de respiración y caminata con estiramiento de extremidades. Se realizó un taller para determinar la forma de realizar más actividad física que la de rutina.

Una de las intervenciones de mayor impacto para pacientes y familiares, fue la enseñanza para reconocer los síntomas característicos de hiperglicemia: polidipsia, poliuria y polifagia. A los pacientes se les hizo incapié en la "No Suspensión del Medicamento" sin autorización y a los familiares y cuidadores en las medidas básicas en caso de urgencia.

2. Alteración del requisito universal de agua, alimentación y eliminación, sistema de enfermería: apoyo educativo.

Con apoyo del departamento de nutrición, a los pacientes se les realizó un plan alimenticio, en el que se establecieron horarios de alimentación de manera fraccionada (cinco veces al día), con una dieta rica en verduras (espinacas, acelgas, berros y nopales entre otros) asimismo la ingesta de cereales, fibra, consumo específico de algún tipo de fruta en el desayuno, incluir en su dieta salvado, ingesta de agua por lo menos

ocho vasos en el día (si no había contraindicación). Como medidas generales se recomendó una buena masticación de los alimentos, comer en un ambiente tranquilo, acompañado de gente optimista, reposar después de comer, posteriormente caminar, darse ligeros masajes en el abdomen y colocar compresas calientes en el vientre, todo ello para favorecer el peristaltismo, el tránsito intestinal y en la medida de lo posible establecer un horario de evacuación.

A los pacientes con problemas de dentición, se les recomendó alimentos de consistencia blanda, acudieron con regularidad al servicio dental para la reposición de su dentadura, situación que tardó en concretarse, pero que no dejaron de atender.

3. Alteración de la integridad cutánea. Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

El problema de piel seca lo presentaron los pacientes, que usaban jabones con perfume y no lubricaban la piel, condicionando comezón y descamación, lo que hace más susceptible la piel; sin embargo se les recomendó mantener en todo momento la piel limpia, seca y bien hidratada; agua tibia para el baño diario, el uso de jabones neutros, secar la piel, no frotarla, el uso de cremas no perfumadas para lubricar y beber agua diario para favorecer la hidratación.

Para el cuidado de los pies, recibieron orientación y sesiones prácticas sobre el corte de uñas en forma recta, higiene diaria, realizar la exploración de los pies de manera frecuente; el uso de calcetín holgado, limpio y sin costuras, uso de zapato cerrado, evitar andar descalzo en casa o en lugares que puedan ser de riesgo, evitar pisotones o golpes; combatir con tratamiento específico la aparición de hongos en uñas y plantas de los pies. En los pacientes que no podían cortarse las uñas por disminución visual u obesidad, fueron auxiliados por sus familiares a quienes se les instruyó en el procedimiento. Se les explicó la importancia de acudir en forma inmediata a su clínica en caso de alguna

alteración de la piel. Estas intervenciones se reforzaron con el apoyo del departamento de podología.

## Evaluación

La evaluación se realizó en cada una de las etapas del proceso en forma localizada, se incorporaron los familiares, respondiendo con gran interés y aceptación. A todos los participantes se les citó cada mes o cada ocho días para evaluar el desarrollo de las capacidades de autocuidado de acuerdo con la seriedad de los diagnósticos identificados, cerciorándose que efectivamente se hicieran responsables del mejor desarrollo de sus habilidades para su propio cuidado a través de la aceptación y la puesta en marcha de los cambios necesarios en el estilo de vida. Se realizaron en promedio por persona, 18 evaluaciones generales y 68 localizadas durante un año y medio. A continuación se presenta la última evaluación generalizada a modo de comparación de acuerdo con la primera exploración de los requisitos universales de autocuidado, en las que se encuentran inmersos, los requisitos que se presentaron en los tres diagnósticos.

### Evaluación y resultados de los requisitos universales

**Aire:** De los 12 pacientes que presentaron dificultad para respirar, sólo tres mejoraron. El hábito del tabaquismo se conservó en 9 de los 10 pacientes que lo padecían. En los demás participantes mejoró la entrada y salida de aire, los campos pulmonares se auscultaron limpios y con las sesiones de ejercicio, los participantes no mostraron dificultad para respirar.

**Agua:** Todos los participantes toman la cantidad de líquido recomendada, la humedad y elasticidad de la piel se recuperó en 80% de los participantes

**Alimento:** 74% de los participantes manifestaron tener una dieta adecuada con capacidad de tomar el aporte adecuado de nutrientes de acuerdo a su selección y gusto.

**Eliminación:** Sólo 7% siguió con estreñimiento, los demás lograron desarrollar habilidades necesarias para prevenirlo y controlarlo, recuperaron un hábito intestinal normal (cuadro I).

**Actividad y reposo:** 80% de los pacientes realizan de manera rutinaria alguna actividad física o ejercicio. Demuestran capacidad para movilizarse y se dirigen al centro de seguridad social para realizar alguna actividad que le evite el aburrimiento en sesiones programadas por enfermería. La mayor parte de los pacientes fomentan la caminata al aire libre, de 20 a 30 minutos diarios, entre algunas de sus estrategias son: bajar del autobús antes de su destino y caminar algunas cuadras, no usar elevadores, propiciar subir escaleras, si están sentados estirar piernas y manos, aun frente al televisor.

**Interacción social:** Las actividades propias del programa de enfermería, ayudaron en gran medida a que 17% de la muestra con problemas en este requisito, cubriera ese déficit.

**Peligros para la vida:** Se consideró que 80% de los participantes junto con sus familiares, desarrollaron las CAC suficientes para fomentar un estilo de vida saludable, además de tener el conocimiento necesario para identificar signos de alarma y poder atenderlos para evitar complicaciones mayores.

**Normalidad:** Se consideró que 80% de los participantes aparentemente se encuentran emocionalmente aptos para llevar a cabo su autocuidado. Este porcentaje acepta la enfermedad como parte de su vida, situación que les permite desarrollar de una manera más eficiente las capacidades de autocuidado. El apoyo que se obtuvo por parte del departamento de psicología fue fundamental para fomentar la autoestima en todos los pacientes y en los propios familiares.

### Evaluación del requisito desviaciones de la salud

Las intervenciones de enfermería tienen el propósito de incrementar el desarrollo de las capacidades de autocuidado, la corroboración de que el conocimiento está siendo aplicado tanto por los pacientes como por los familiares, se ve reflejado en una mejora del control de glucosa (figura 1).

Cuadro I. Valoración de requisitos universales al inicio y al final de la intervención de enfermería

Requisito universal	Implicación	Evaluación	
		Inicial (%)	Final (%)
Agua	Ingesta de agua recomendada	20	100
Alimentación	Alimentación adecuada	0	74
Eliminación	Problemas de estreñimiento crónico	80	7

Fuente: Hoja de enfermería n=92

## Discusión

Es necesario entender con claridad cómo se construyen las conductas en los seres humanos para tener mayor probabilidad de proponer intervenciones efectivas que las modifiquen, a este respecto, de acuerdo con Gallegos,<sup>6</sup> la participación de enfermería en el cuidado de la salud en personas con padecimientos crónico-degenerativos, debe ser revisada y replanteada a la luz de las políticas y programas innovadores en el cuidado de estos grupos, así como la evaluación sobre la participación de enfermería en los modelos de atención tradicionales. A pesar de que los programas de salud parecen ser ideales, no han tenido el impacto esperado en los indicadores epidemiológicos, al parecer, estos modelos difieren sustancialmente de la realidad para atender las enfermedades crónico-degenerativas. Diversos autores señalan que los escasos recursos que hasta ahora se han aplicado a este tipo de programas, puede explicar en parte el débil efecto que se observa tanto en la prevención, como en el control efectivo del padecimiento,

esto pudiera tener explicación porque atender específicamente a las personas, no es atender al contexto, el medio ambiente, la urbanización y el estilo de vida de esta sociedad, hoy en día es heterogéneo, todo afecta de manera directa o indirecta al estado de salud de las personas. El IMSS ha realizado una fuerte inversión con los programas de atención al cuidado primario con PREVENIMSS, ha demostrado tener una contundencia en la población derechohabiente, sin embargo, la sola información no es suficiente para solventar los problemas de salud, lo ideal sería establecer clínicas de enfermería dentro de las mismas instituciones, con sus propios consultorios, en el que el mecanismo de cuidado no sólo sea la información, sino la verificación del conocimiento que se esté aplicando tanto en el enfermo como en el familiar o cuidador responsable. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, la literatura muestra que más del 50% de quienes la padecen, cursan con altas cifras de glucemia, incrementando la probabilidad de complicaciones. De acuerdo con Landeros,<sup>13</sup> con las clínicas de enfermería, la aproximación

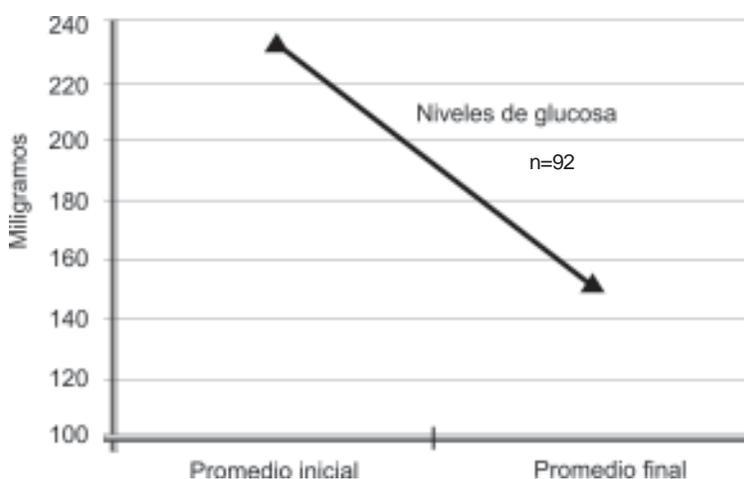
con el paciente y el familiar sería más eficiente y efectiva, y el mejoramiento del cuidado de estos grupos se vería reflejada en una mejor calidad de vida, y el autocuidado contribuiría a reducir los altos costos hospitalarios contrario al mal manejo de la enfermedad en el hogar relacionado con el déficit de conocimiento. Ese dinero se podría invertir en el mejoramiento de los servicios de salud, situación que favorece a la sociedad.

Por otra parte con base a los resultados de diversas investigaciones,<sup>6,9,13,14,18</sup> si enfermería apoya estos programas como PREVENIMSS con modelos teóricos, el efecto sería mayor del esperado, pues se tendría una guía específica, un lenguaje propio de enfermería, con respecto a las intervenciones específicas, la comprensión del fenómeno de la cronicidad sería profundo, pues la implementación de cuidados de acuerdo a supuestos teóricos podrían dar como resultado la comprensión del fenómeno mismo de la cronicidad, la enfermera podría desarrollar su función profesional en un marco integral y con la meta de contribuir directamente a disminuir este problema de salud, situación que puede impactar en los indicadores epidemiológicos y económicos institucionales.

En este trabajo se pudo verificar que con capacitación y retroalimentación se desarrollan de manera efectiva las CAC en los pacientes ambulatorios. A este respecto, la limitación del estudio fue no tener un grupo control con el que se pudiera comparar el resultado de autocuidado, es decir, pacientes con DM que no recibieran la intervención de enfermería. Otra limitación fue no validar los instrumentos para identificar la mejora en el estilo de vida ni en las CAC desde el punto de vista teórico y estadístico, pero se puede justificar ya que es un trabajo, principal indicador empírico de la disciplina.

Los resultados fueron satisfactorios, los cambios fueron paulatinos pero presentes desde la primera evaluación.

Figura 1. Promedio de 18 valoraciones de nivel de glucosa en sangre durante el reforzamiento de las capacidades de autocuidado



Fuente: Hoja de valoración de enfermería

Quedó claro que el desarrollo de las capacidades de autocuidado es una responsabilidad del paciente en conjunto con el familiar, asimismo la participación interdisciplinaria en este proyecto fue fundamental, se reflejó en la mayoría de los pacientes el control de la glucosa. Con respecto al mejoramiento del peso corporal fue en la minoría de los pacientes, situación que se recomienda atender de manera específica en este tipo de padecimientos. A pesar de no haber obtenido el resultado deseado en este rubro, durante el periodo del seguimiento los participantes manifestaron haber hecho lo posible para tener el peso ideal y sentirse satisfechos con las intervenciones de enfermería y tratar de mejorar su Índice de Masa Corporal (IMC) hasta llegar a los índices marcados por la normas de prevención y control de la obesidad. Esta situación, de acuerdo con Landeros y Gallegos,<sup>18</sup> puede explicarse por la percepción que los pacientes tiene de su peso corporal, ellos reconocen a la DM como una enfermedad, pero no así a la obesidad, situación que es posible que condicione la pérdida de peso.

Se atendieron los ocho diagnósticos estructurados, en este trabajo se presentaron las intervenciones de sólo tres diagnósticos, considerados los más importantes, todos fueron revertidos,

en su mayoría reflejada en cada valoración localizada y en cada valoración general en los requisitos universales de autocuidado, mismos que mostraron mejoría de los problemas detectados, situación que impactó en el desarrollo de las CAC.

De manera enfática, el requisito de autocuidado universal normalidad, tuvo una contundencia específica en el nivel de control glucémico, situación fundamentada por la misma teoría, porque las personas de este proyecto aceptaron su enfermedad, luego entonces, aceptaron cuidarse, y ninguno de los participantes fue reportado con alguna hospitalización durante el transcurso del estudio, situación que teóricamente ahorra dinero a la institución. Los pacientes asistieron a cada una de las citas del equipo interdisciplinario en forma regular, fenómeno que no se repite en otras personas con enfermedades crónico degenerativas, de acuerdo con Gallegos y Bañuelos;<sup>16</sup> las personas con DM refieren preocupación; pero de manera contradictoria, no llevan a cabo medidas para solucionar sus problemas de salud, algunos autores argumentan que las personas con estos padecimientos necesitan adquirir capacidades especializadas de autocuidado, con lo cual coincidimos, agregando que estas capacidades especializadas deben desarrollarse con igual intensidad

en los familiares responsables con una guía de cuidados que enfermería ejecute y evalúe, idealmente con clínicas previamente establecidas.

## Conclusiones

1. El cuidado ambulatorio del adulto con DM que se otorga a través del programa de enfermería, favoreció que las personas mantuvieran cifras de glucemia aceptables.
2. La contundencia del programa fue notoria, ninguno de los participantes fue reportado en hospitalización con alguna complicación grave.
3. El desarrollo de las capacidades de autocuidado, contribuyó a alcanzar el mejor estado de salud posible.
4. Desarrollar conductas de salud, debe atenderse en todo el contexto y no solo en el paciente.
5. Es difícil pero no imposible cambiar las conductas fuertemente arraigadas en las personas y en los grupos sociales.
6. El uso del proceso de enfermería con base a modelos teóricos, facilita las intervenciones especializadas y guía la práctica independiente.
7. El trabajo en equipo interdisciplinario y seguimiento oportuno es fundamental, posible y necesario para ofrecer la calidad del cuidado.

## Referencias

1. Olaiz-Fernández G, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
2. Martínez de Jesús FR, Sosa-Cruz, A. Amputaciones secundarias por pie del diabético. Edad y lesión contralateral. *Rev Med IMSS* 2001; 39(5):445-452.
3. Alcocer-Abarca CA, Escobar-Padilla B. Cuidados preventivos de los pies: pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS* 2001; 39(4):311-317.
4. Landeros-Olvera E. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitas. *Rev Mex Enf Cardiol* 2000; 8 (1-4):56-59
5. Simmons S. Disminuir los riesgos de diabetes mellitus tipo 2. *Nursing Edición Española* 2002;(3):27-30.
6. Gallegos-Cabriales E. Salud en padecimientos crónicos: el reto del presente siglo. *Red de Enfermería en América Latina* 2003; (1) 4.
7. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*, 6<sup>th</sup>. ed. St. Louis: Mosby, c2001.
8. Marriner-Tomey A, Raile-Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 5<sup>a</sup> ed. Madrid, Madrid: Elsevier, c2003.
9. Pérez NE. Estudio de caso desde la perspectiva del modelo del déficit de autocuidado aplicado a un receptor de autocuidado con valvulopatía aórtica. *Rev Mex Enf Cardiol* 2004; 12 (1): 18-28.
10. Gil-Pérez L, Rivera-Arriaga G, Benítez-Martínez E. Beneficios de un programa educativo domiciliario de autocuidado en el paciente con enfermedad crónica.

- Rev Salud Pública Nutr 2000; Edición especial No. 1
11. Gallegos-Cabriales E, Ovalle-Berumen J, Gómez-Meza M. Intolerancia a los carbohidratos y resistencia a la insulina en adultos con antecedentes de diabetes mellitus tipo II. Rev Salud Pública Nutr 2005; Edición especial No. 7.
  12. Landeros-Olvera E, García-Rojas JM, Flores-López NC, García-Carlón A, Vidal-Sánchez D. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2004; 12 (2):71-74
  13. Landeros-Olvera E. Aplicación clínica de la teoría del autocuidado en personas con afecciones cardiovasculares. Archl Inst Nac Cardiol 1999 (5) Sup. Sep-oct.
  14. Landeros-Olvera E. Identificación del déficit de autocuidado. Archl Inst Nac Cardiol 1999 (5) Sup. Sep-oct.
  15. Landeros-Olvera E. El Modelo del Autocuidado Aplicado a un Paciente con Anomalia de Ebstein: seguimiento de caso. Arch Cardiol Mex 2001; 71(3) Sup.
  16. Gallegos-Cabriales E., Bañuelos Y. Conductas protectoras de Salud en adultos con diabetes mellitus tipo II. Invest Educ Enferm 2004; 22(2):40-49.
  17. Gallegos-Cabriales E, Cárdenas VL, Salas M. Capacidades de autocuidado en el adulto con diabetes mellitus tipo II. Invest Educ Enferm 1999;(17) 2. [En línea] <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/html/articulos/Vol%20XVII%20No.%202%20de%20Septiembre20de%201999/Capacidades%20de%20autocuidado%20del%20adulto%20con%20diabetes%20tipo%202.pdf>. [Consultado 12/01/2007].
  18. Landeros-Olvera E, Gallegos-Cabriales E. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. Rev Mex Enf Cardiol 2005; 13(1-2):20-24.
  19. Reglamento de la ley General de Salud de investigación. En: Secretaría de Salud. Agenda en Salud. Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia, Reglamento de la ley General de Salud de investigación. México : SSA, 2005. p. 1-11.

## Agradecimientos:

- MSP. Modesta Flores Vásquez, Coordinadora de Enfermería de la Delegación Puebla por las facilidades brindadas.
- MCE. Dolores Peña Martínez, Jefe de Enfermeras de la Clínica No. 57 por su apoyo en la puesta en marcha del Modelo.
- MCE. Erick Alberto Landeros Olvera. Coordinador de Investigación de la Facultad de Enfermería de la BUAP, por su guía teórica en la estructuración del trabajo.