PERFIL, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 HOSPITALIZADAS.

Tesis Para Optar al Grado de Licenciatura en Enfermería

Autores

Silvia Carmona Tapia
Sebastián Carrasco Cortés
Michael Díaz Damiano
Constanza López Bugueño
Juan Pablo Martínez Bozo
Carolina Ochoa Rivera
Axel Ortega Guerra
Ángela Peña Abarca

Docente Guía

E.U. Sra. María Bruna Espinoza Fernández.

2012

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es fruto de un largo camino de esfuerzo y dedicación en la cual han participado significativas personas a quienes queremos agradecer:

A Dios por permitirnos llegar a esta etapa de la vida, en la cual con plenitud y satisfacción alcanzamos metas personales y profesionales.

A nuestra Universidad de Valparaíso - Campus San Felipe, por la oportunidad y el apoyo para la realización del estudio.

A los directivos del Hospital San Juan de Dios de Los Andes y San Camilo de San Felipe, al personal de ambos centros de salud y a los usuarios quienes anónimamente colaboraron y permitieron la realización del estudio.

A nuestra profesora guía Sra. María Bruna Espinoza Fernández por su asesoría y desempeño durante la realización del estudio.

A nuestras familias y personas especiales, quienes en cada momento y de forma incondicional han contribuido al alcance de nuestros sueños y objetivos.

Y en forma especial agradecemos a Sr. Rodrigo Pereira, sociólogo y asesor estadístico, por su valioso asesoramiento, paciencia y disponibilidad durante el desarrollo de nuestro estudio.

Gracias.

CONTENIDO

RESUMEN 5
ABSTRACT 6
I. CAPÍTULO 7
INTRODUCCIÓN 7
1. INTRODUCCIÓN 8
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 11
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 12
1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO 13
1.5 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 14
II. CAPÍTULO 17
MARCO CONCEPTUAL 17
2. 1 MARCO TEÓRICO 18
2.1.1GENERALIDADES 18
2.1.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 26
2.1.3 AUTOCUIDADO 31
2.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO 37
2.2.1 OBJETIVO GENERAL: 37
2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 37
2.2.3 VARIABLES DEL ESTUDIO OPERACIONALIZADAS 38
III. CAPÍTULO 44
METODOLOGÍA 44
3.1.1 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 45
3.1.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y DEFINICIÓN DEL UNIVERSO 46
3.1.4 DISEÑO MUESTRAL 46
3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 46
3.1.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 47

3.1.7 ASPECTOS ÉTICOS EN LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO 47
3.1.8 DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO 48
3.1.8.1 Perfil: 48
3.1.8.3 Autocuidado 49
3.1.9 PRUEBA DEL INSTRUMENTO 49
3.1.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS 49
3.1.11 CRITERIOS DE ANÁLISIS 50
3.1.12 ORGANIZACIÓN TRABAJO EN TERRENO 50
IV. CAPÍTULO 51
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS 51
4. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DEL ESTUDIO 52
4.1.1 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: PERFIL SOCIODEMOGRAFICO 52
4.1.1.1GRÁFICO N° 1 52
4.1.1.2 GRÁFICO N° 2 53
4.1.1.3 GRÁFICO N° 3 54
4.1.1.4 GRÁFICO N° 4 55
4.1.1.5 GRÁFICO N° 5 56
4.1.1.6 GRÁFICO N° 6 57
4.1.2.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: ADHERENCIA TERAPEUTICA. 58
4.1.2.1 GRÁFICO N° 7 58
4.1.2.2 GRÁFICO N° 8 59
4.1.2.3 GRÁFICO N° 9 60
4.1.2.4 GRÁFICO N° 10 61
4.1.2.6 GRÁFICO N° 12 63
4.1.2.7 GRÁFICO N° 13 64
4.1.2.8 GRÁFICO N° 14 65
4.1.2.9 GRÁFICO N° 15 66
4.1.3.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: AUTOCUIDADO 67

4.1.3.1 GRÁFICO N° 16: 67
4.1.3.2 GRÁFICO N° 17 68
4.1.3.3 GRÁFICO N° 18 69
4.1.3.4 GRÁFICO N° 19 70
4.1.3.5 GRÁFICO N° 20 71
4.1.4 TABLAS DE CONTINGENCIA 72
4.1.4.1 TABLA N° 1 72
4.1.4.2 TABLA N°2 73
4.1.4.3 TABLA N° 3 73
4.1.4.4 TABLA N° 4 74
4.1.4.5 TABLA N° 5 75
4.1.4.6TABLA N° 6: 75
4.1.4.7 TABLA N° 7 76
V.CAPÍTULO 77
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN 77
5.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN 78
5.2 RECOMENDACIONES 85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 87
ANEXOS 91
ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO 91
ANEXO N°2: CARTAS DE AUTORIZACIÓN 93
ANEXO N° 3:INSTRUMENTO 96
ANEXO N°4: GRÁFICOS 104
GRÁFICO N°1 104
GRÁFICO N°2 104
GRÁFICO N°3 105
GRÁFICO N°4 105
GRÁFICO N°5 106
ANEXO N°5: TABLAS DE CONTINGENCIA 107
TABLA N° 1 107

TABLAN° 2 107
TABLAN° 3 107
TABLAN° 4 108
TABLAN° 5 108
TABLAN° 6 109
TABLA N° 7 110
TABLAN° 8 111
TABLA N° 9 111
TABLA N° 10 112
TABLA N° 11 112
Anexo N°6 Autorización CEC 113

RESUMEN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, transversal, no probabilístico, intencionado por conveniencia, cuenta con una muestra de 84 personas; su objetivo fue determinar el perfil, las medidas de autocuidado y la adherencia al tratamiento de las personas mayores de 15 años hospitalizadascon Diabetes Mellitus tipo 2. Se llevó a cabo en el periodo agosto – septiembre de 2012, en los servicios médico-quirúrgico de los hospitales San Juan de Dios de Los Andes y San Camilo de San Felipe. Para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario de 29 preguntas.De los resultados obtenidos, se desprende que el perfil de la persona diabética hospitalizada corresponde a mujeres, entre 65 y 74 años, jubiladas, con bajo nivel educacional, procedentes de familias nucleares y con al menos un familiar directo portador de la patología. En la adherencia al tratamiento farmacológico, un 89% sigue la indicación médica, mientras que en el tratamiento no farmacológico alrededor del 50% no cumple con el régimen indicado por la nutricionista, por lo que sus hábitos alimenticios no son saludables. En cuanto al autocuidado, se observa que las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 en su mayoría no realizan las medidas de autocuidado adecuadas para evitar llegar a hospitalizarse por las complicaciones, que en ambos casos, estarían relacionados principalmente con factores desprendidos del perfil del usuario como lo son el nivel educacional y aspectos socioeconómicos. Los resultados obtenidos de este estudio permitirán ser el primer paso para la creación de un perfil de la persona diabética hospitalizada, que en el futuro, por medio de otras investigaciones pueda ser extrapolable al resto de la población.

PALABRAS CLAVES:persona diabética hospitalizada, perfil, adherencia y autocuidado.

ABSTRACT

This study is a quantitative, transverse, non-probability, intended for convenience, it has a sample of 84 people; its objective was to determine the profile, self-care measures and adherence to the treatment of persons aged over 15 hospitalized with Diabetes Mellitus type 2. The study was carried out in the period August - September 2012, in the surgical service of two hospitals of the area (San Juan de Dios hospital in Los Andes and San Camilo hospital in San Felipe). 29 Questions questionnaire was used to obtain the data. The obtained results show that the profile of the diabetic person hospitalized corresponds to women between 65 and 74 years old, retired, with low educational level, from nuclear families and with at least one family live bearer of pathology. Adherences to drug therapy, an 89% medical indication, while about 50% non-pharmacological treatment failure to comply with the regime indicated by the nutritionist, remains diverse reasons that influence the lack of adhesion. In terms of self-care, it becomes important to know the reasons that make people who suffer from type 2 diabetes mellitus perform and maintain appropriate self-care measures to avoid being hospitalized by complications, which in both cases would be related to their educational and socioeconomic level. The results of this study will allow to take the first step in creating a profile of hospitalized diabetic person, that in the future, through other investigations can be extrapolated to the rest of the population.

Key words: diabetic person hospitalized, profile, adherence, self-care.

I. CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica producida por una alteración metabólica, que a nivel mundial afecta a un gran número de personas, constituyendo importantes y devastadoras consecuencias para la salud, que no sólo afectan en el ámbito personal, sino también en la esfera social y de salud pública. Actualmente la cifra mundial resulta alarmante considerando que de acuerdo a la OMS, hay más de 346 millones de personas con diabetes a nivel mundial, de las que un 90% corresponden a diabetes mellitus tipo 2(OMS, 2011)y se estima que para el año 2025 en América Latina y El Caribe la cifra de personas que padecen diabetes tipo 2 ascendería a 40 millones, lo que significa un 62% de la población total del continente americano(OPS, 2001).

En Chile, se estima que la prevalencia de la diabetes mellitus alcanza un 9,4% (MINSAL, 2011), y por grupos de edad, aumenta en forma significativa después de los 44 años, siendo un 12,2% la prevalencia en grupo de 45 a 64 años y 15,8% en mayores de 65 años, mientras que en menores de 44 sólo alcanza 0,2% (MINSAL, 2011). Sin embargo es muy importante considerar las cifras establecidas a nivel nacional de niños – jóvenes y adultos con sobrepeso/obesidad y el alto grado de sedentarismo (MINSAL, 2011), lo que ha contribuido al desarrollo de factores de riesgo y al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes como un hecho cada vez más frecuente que de no mediar detención y/o prevención, seguirá en aumento (MINSAL, 2010).

En la dimensión de enfermedad el riesgo de desarrollar complicaciones agudas y crónicas en la diabetes mellitus tipo 2 trae como consecuencias daño a nivel microangiopático y macrovascular, que se asocian a una reducción de la expectativa y calidad de vida, aumento del riesgo de eventos mórbidos

relacionados con las complicaciones crónicas y aumento en los costos tanto para el paciente como para el sistema de atención.

En el ámbito del tratamiento, el autocuidado forma parte fundamental para sobrellevar de forma integral la diabetes mellitus tipo 2, lo que implica que la persona portadora de dicha patología debe formar parte activa y proactiva en el tratamiento y cuidado de su salud, realizando actividades como: automonitorear la glicemia, administrar la insulina e hipoglucemiantes orales, llevar un régimen alimenticio adecuado, realizar actividad física, cuidar los pies y seguir las prácticas de autocuidado (American Diabetes Association, 2002). El éxito o fracaso del autocuidado de personas diabéticas, está determinado por aspectos tales como: el tipo de tratamiento y la enfermedad; los factores intrapersonales como lo son la edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión y eventual abuso de alcohol, tabaco y sustancias nocivas; los factores interpersonales como la calidad de la relación entre los usuarios y los prestadores de la atención, apoyo familiar y social; y por ultimo factores ambientales (Novik, 2006)(MINSAL, 2006). Siendo estos mismos, los que influyen en una adecuada adherencia al proceso. De acuerdo a esto, se entiende que el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus requiere de cuidado médico continuo, pero además, necesita de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de dificultades crónicas y finalmente promover el mejoramiento de la calidad de vida (Novik, 2006),por lo tanto la perspectiva con que se enfoque la enfermedad requiere de un manejo que es complejo y sus resultados dependen, en gran medida del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el usuario afronta las exigencias terapéuticas(Martínez & Loaíza, 2008). No obstante debe tenerse en cuenta lo difícil que puede llegar a ser la mantención integral que demanda la enfermedad, reflejo de lo cual sólo el 52,05% de las personas con diabetes declara estar bajo algún tipo de tratamiento(MINSAL, 2010)y sólo un 19,7% de las que conoce su condición se encuentra bien controlada (MINSAL, 2011).

Desde la perspectiva de la atención hospitalaria que se le debe brindar a las personas que presentan la enfermedad, se infiere que los pacientes diabéticos requieren 2,4 veces más de hospitalizaciones en relación a otros pacientes(Urzúa, 2008). La evidencia clínica observada durante el ejercicio de las prácticas hospitalarias en los servicios medico quirúrgicos, ha permitido conocer la magnitud de los problemas que generan las complicaciones de la diabetes, siendo el pie diabético la dificultad que mayor número de hospitalizaciones genera en la población diabética y es la principal causa de hospitalización prolongada, en los servicios médico- quirúrgicos del país (Arcega Dominguez, Lara Muñoz, & Ponce De León Rosales, 2005). Sin embargo, actualmente no se conocen cifras oficiales sobre la prevalencia intrahospitalaria de esta patología a nivel nacional y los datos suministrados por los departamentos de estadística hospitalaria no la objetivan cuando ésta no es la causa directa de la hospitalización; por lo que la prevalencia de DM tipo 2 en pacientes hospitalizados podría ser mayor a la informada en los registros de egreso hospitalario(Quiros Morales & Villalobos Perez, 2007), y cuya magnitud sería necesario objetivar.

En conjunto, la información obtenida de este estudio cobra vital relevancia para reorientar el quehacer del profesional de enfermería, hacia la prevención de salud y promoción de estilos de vida saludables, antes de llegar a presentar complicaciones que requieran de manejo intrahospitalario, o bien el desarrollar intervenciones al interior de las unidades de hospitalización, procurando estar acorde con las necesidades reales de las personas.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Perfil, medidas de autocuidado y adherencia al tratamiento de las personas mayores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentran hospitalizadas en los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital San Juan de Dios de los Andes y Hospital San Camilo de San Felipe, durante el periodo de agosto – septiembre del año 2012.

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **AUTOCUIDADO**: Para este estudio se considera como una función reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada a sí mismo, para mantener su vida y estado de salud, desarrollo y bienestar.

- **PERFIL**: Conjunto de características sociodemográficas (personales, familiares, sociales y económicas) que definen a un grupo de personas y las distinguen de las demás, las que se ven influenciadas por el proceso de salud/enfermedad según el contexto social en que se desarrollan.

- **PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 HOSPITALIZADA:** Para este estudio se considerará a personas hospitalizadas mayores de 15 años de ambos sexos,que presenten la patología como antecedente mórbido o haya ingresado por una descompensación de la misma. (población en estudio).

- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**: Implicación activa y voluntaria de la persona diabética tipo 2 en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el equipo tratante, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado, referido al cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante la realización de la investigación las limitaciones que se presentaron fueron:

- ✓ La demora durante la aceptación de las cartas de autorización de ingreso a los hospitales para desarrollar el estudio, lo que produjo un retraso en el periodo de recolección de datos.

- ✓ La inclusión del servicio de cirugía se realizó en forma posterior a la delimitación del problema y de iniciado el estudio, ya que se consideró pertinente su inclusión debido al reducido número de personas hospitalizas con diabetes en el servicio de medicina. Esto, retrasó la recolección de datos, ya que posterior a la prueba piloto del instrumento se debió gestionar la autorización de ingreso al nuevo servicio hospitalario.

- ✓ El tipo de estudio, no probabilístico, constituye una limitante al no permitir la generalización de los datos al resto de la población diabética, ya que son sólo válidos para la muestra estudiada. Por tanto se requiere de otros y nuevos estudios para llegar a conclusiones extrapolables.

- ✓ La carencia de conocimientos relativos a bioestadística, a raíz de la ausencia de cátedras como estadística, matemáticas o cálculo, constituye una desventaja al depender de forma externa de una persona capacitada que procese y ayude en el análisis de datos, ya que, no se contaban con todos los conocimientos pertinentes para realizarlos de forma personal por los autores de este estudio.

1.5 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En Chile, dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles, la diabetes mellitus tipo 2 se configura como un gran problema de la salud pública, ya que el alto número de personas afectadas eleva la tasa de mortalidad prematura y los costos de atención en lo referente al control y tratamiento de las complicaciones agudas y crónicas. El escenario local no se encuentra ajeno a esta problemática, razón por la cual, durante el ejercicio de las diversas prácticas hospitalarias en los servicios de medicina y cirugía de los hospitales de la provincia, ha sido posible observar un número no menor de personas diabéticas tipo 2 que ingresan a hospitalizarse por descompensación de la patología misma o a causa de complicaciones de la enfermedad, lo que se condice a través del número de egresos hospitalarios.

Bajo el conocimiento de la evidencia mundial y la realidad nacional, que demuestran cómo la diabetes mellitus es una enfermedad crónica al conducir a múltiples complicaciones sistémicas, es que, por una parte, se requiere de un compromiso constante entre el personal de salud y la persona diabética, a través de la monitorización y prevención de complicaciones que lleven a la mantención de un buen control metabólico. Por otra parte, se requiere de un ferviente compromiso de la persona diabética, para adquirir medidas de autocuidado y de adherencia al tratamiento que guíen a la compensación de la enfermedad, junto a la participación de la familia o de personas significativas ya que, es éste lo que se convierte en la mejor estrategia para asumir con responsabilidad y enfrentar patología en conjunto.

Durante la estancia hospitalaria, es el equipo multidisciplinario, pero particularmente el profesional de enfermería quien juega un rol humano primario y esencial en el entorno de la persona diabética hospitalizada, al brindar cuidados

individuales y/o colectivos integrales de manera periódica o continua, durante el tiempo que dure la hospitalización. Por lo tanto, se hace imprescindible conocer desde otra perspectiva ciertas características de las personas diabéticas tipo 2 que llegan a hospitalizarse. De este modo, nacen interrogantes tales como ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las personas que llegan a hospitalizarse? ¿Cuáles son las medidas de autocuidado y de adherencia al tratamiento, que presentan estas personas?

A partir de las interrogantes planteadas, se desprende el propósito del presente estudio, que pretende identificar un perfil del paciente del grupo estudiado, las medidas de autocuidado y de adherencia al tratamiento, información relevante para realizar la planificación del cuidado de enfermería en consonancia con las necesidades reales de las personas diabéticas, al interior de las unidades de medicina y cirugía de los hospitales de la provincia.

Los resultados obtenidos, permitirán ser el primer eslabón de sugerencias para futuras reorientaciones frente a acciones de promoción, prevención u otras estrategias dirigidas al tratamiento oportuno y recuperación de la salud de la persona diabética hospitalizada. Del mismo modo, permitirá mejorar el conocimiento de las características clínicas que se contrastan con características de tipo demográfica y sociocultural, dando origen a un perfil de la persona diabética, lo que ayudará a comprender características de las personas diabéticas tipo 2, que requieren de atención sanitaria en los servicios de hospitalización. Con estos antecedentes el personal de salud, entre ellos el profesional de enfermería, podrá disponer de antecedentes de información para en el futuro priorizar los esfuerzos preventivos – promocionales con la finalidad de mantener la vida saludable, evitar complicaciones y descompensaciones propias de una diabetes mal tratada que puedan llevar a internarse a los servicios hospitalarios.

Conocer las variables relacionadas al tema en cuestión y a la adherencia al tratamiento de la persona con diabetes mellitus, facilita identificar las posibles barreras que dificultan lograr la compensación de la patología diabética y que finalmente los conducen a un déficit de autocuidado requiriendo asistencia sanitaria eventual o prolongada.

Los resultados de este estudio permitirán formar parte del primer paso para la creación de un perfil de la persona diabética hospitalizada, que en el futuro, por medio de otras investigaciones, pueda ser extrapolable al resto de la población de personas que presentan la patología, ya que no se han encontrado resultados de estudios a nivel nacional o de la realidad local que den cuenta de la prevalencia de las personas diabéticas hospitalizadas, aún cuando por medio de la observación sea posible cuantificar un amplio número de hospitalizados por dicha causa. Por tanto, las conclusiones de esta investigación, aún cuando sólo sean aplicables a la muestra de personas diabéticas estudiadas en el periodo que se llevó a efecto la investigación, puede servir como base teórica para plantear nuevas interrogantes que pudieran profundizarse en estudios venideros.

II. CAPÍTULO

MARCO CONCEPTUAL

2. 1 MARCO TEÓRICO

2.1.1GENERALIDADES

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa no transmisible que va en ascenso afectando a parte importante de la población mundial, si se considera que de acuerdo a cifras de la OMS más de 346 millones de personas padecen de diabetes en el mundo, de las cuales un 90% corresponden a diabetes mellitus tipo 2 (OMS, 2011). Dicha patología constituye una importante causa de morbilidad, invalidez y mortalidad en las personas, afecta negativamente la calidad de vida de quienes la padecen y sus familias, creando además un serio problema para la salud pública, a raíz del costo económico como de las consecuencias de la enfermedad que repercuten directamente hacia los sistemas de salud (Mejía, 2006).

Este es un problema que va en aumento en los países en desarrollo y se asocia a estilos de vida sedentarios y hábitos alimenticios no saludables. El año 2005 las enfermedades no transmisibles como la diabetes fueron causantes de aproximadamente 35 millones de defunciones en el mundo, es decir un 60% a nivel mundial y un 80% de las muertes se registraron en países de bajos y medianos ingresos, donde aproximadamente 16 millones de estas muertes correspondieron a personas menores de 70 años; mientras que se prevé un aumento de las defunciones por enfermedades no transmisibles en los próximos diez años (OPS, 2012).

Particularmente en Chile una forma de llevar a cabo la disminución de la incidencia de las enfermedades no transmisibles es a través de la Estrategia Nacional de Salud por medio de la cual se definen nueve objetivos sanitarios con

sus respectivas metas e indicadores, entre los que destacan para las enfermedades crónicas no transmisibles: reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital (MINSAL, 2011).

La diabetes diagnosticada y no-diagnosticada ?en territorio chileno se ha incrementado entre 2003 y 2010 en casi un 50% en la población, desde un 6,3% a un 9,4% (OMS, 2011), considerando que por grupos de edad, aumenta en forma significativa después de los 44 años, siendo un 12,2% la prevalencia en grupo de 45 a 64 años y 15,8% en mayores de 65 años, mientras que en menores de 44 años sólo alcanza un 0,2% (MINSAL, 2011). A nivel de la región de Valparaíso se estima que la prevalencia de diabetes mellitus año 2009- 2010 alcanza un 9,7%, cifra muy similar a otras regiones del país (MINSAL, 2010), mientras que según lo informado por el Servicio de Salud Aconcagua respecto a las provincias de San Felipe y Los Andes, en el censo del primer semestre junio 2012 se registró un número de 8634 personas con diabetes mellitus, con una mayor prevalencia en mujeres de todos los rangos de edad. A través de la misma fuente, se destaca que alrededor de un 40.7%de estas mismas personas se encuentran con un adecuado control metabólico según lo establecido por las metas sanitarias para los años 2011, en la cual la meta número cuatro, denominada “Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más”, (MINSAL, 2011) tiene por objetivo incrementar la proporción de personas con diabetes controlada.

De acuerdo a la información entregada por la Encuesta Nacional de Salud, del total de la población diabética tipo 2 en el país, casi el 79% conoce su condición, de los cuales sólo un 52% se encuentra en tratamiento y un 34% se encuentra con un adecuado control metabólico (MINSAL, 2010) determinado por

el rango de hemoglobina glicosilada, examen de sangre que permite evaluar el nivel de compensación en las personas con diabetes, al reflejar el promedio de la glicemia en los últimos 2- 3 meses, cuyo rango normal debe ser ≤ al 7% (MINSAL, 2011). Es importante destacar que para el logro óptimo del control metabólico, se deben considerar parámetros que además de la hemoglobina glicosilada incluyen PA < 130/80mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl.

La Diabetes Mellitus como patología crónica tiene directa relación con el nivel educacional, ya que el 20,5% de las personas con diabetes posee un bajo nivel educacional, un 7,1% se relaciona con nivel educacional medio y 6,2% se relaciona con alto nivel educacional (MINSAL, 2010). Esto se ve reflejado en un estudio realizado en Chile el año 2004, donde al analizar variables clínicas y sociodemográficas en la región metropolitana se puede destacar un predominio de la diabetes en el sexo femenino, en personas con baja escolaridad o con escasa representatividad de estudios de nivel superior, en la población económicamente inactiva representada por dueñas de casa y gente de avanzada edad, que son mayormente afectadas por esta enfermedad (Morales, Pozo, Quilodrán, Moglia, & Kaempffer, 2006)

Considerando que la expectativa de vida de Chile estimada para los años 2010-2015, es de 76 años para los hombres y de 82 años para las mujeres (INE, 2004), se genera un cambio epidemiológico por baja mortalidad y baja fecundidad, lo que implica que el índice de envejecimiento aumente de un 35,8% en el año 2000 a un 131,3% estimado para el año 2050 (MINSAL, 2011). Por lo tanto, las estrategias a diseñar para intervenir la diabetes como patología, deben estar organizadas y enfocadas principalmente hacia la población en riesgo, es decir aquellas personas mayores de 44 años.

Debido a las exigencias que presenta el nuevo perfil epidemiológico de la población, es que en el año 2002 se crea en Chile el Programa de Salud Cardiovascular, de acuerdo a la reorientación de los subprogramas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus cuya finalidad se enfoca en tratar todos los factores de riesgo de forma integrada lo que se lleva a cabo a través de la implementación del enfoque de riesgo, con la utilización de la ecuación de riesgo de Framingham que permite clasificar a las personas según su nivel de riesgo cardiovascular (MINSAL, 2002). Lo anterior adquiere gran importancia si se tiene en cuenta que, en las personas diabéticas existe un riesgo cardiovascular 2 a 7 veces superior en relación a una persona sin la patología (Conget, 2002),ya que la diabetes por si misma implica un factor de riesgo cardiovascular mayor, frente a lo cual se suma la hipertensión arterial, la dislipidemia y la obesidad que corresponde a un 22% de la población chilena con una prevalencia que aumenta de forma significativa a medida que se avanza en edad (MINSAL, 2010), como factores de riesgo que contribuyen en gran magnitud al desarrollo de enfermedades coronarias, nefropatía y retinopatía a causa de la patología diabética.

Por otro lado, la mayoría de las personas diabéticas, asumen su patología tardíamente esto quiere decir que su adherencia no es óptima y por ende les cuesta seguir los patrones de un estilo de vida saludable que les permita tener un buen control metabólico, provocando que gran parte de ellos sufran periodos de descompensación debiendo hospitalizarse para regularizar su estado. Estudios realizados en el extranjero sobre atención hospitalaria, destacan que las personas diabéticas requieren 2,4 veces más de hospitalizaciones en relación a otras personas hospitalizadas por otras patologías (MINSAL, 2009); mencionando además, que muchos de los afectados se encuentran sin estar diagnosticados ni bajo algún tratamiento, a tal punto que el problema sólo empieza a ser real por efecto de las consecuencias de la enfermedad cuando se manifiestan las complicaciones (Mejía, 2006).

Las dificultades de la diabetes mellitus, son una manifestación de las consecuencias devastadoras que en el corto y largo plazo produce la enfermedad por efecto de la hiperglicemia sostenida, las cuales según sea el caso pueden presentarse como agudas o crónicas ante el mal control metabólico o diagnóstico tardío y el descontrol de los factores de riesgo cardiovasculares, pudiendo verse potenciadas en su aparecimiento por un déficit de autocuidado de las mismas personas (Cabrera-Morón, Quijandría, Rodríguez-Robladillo, & Velásquez-Carranza, 2010).

En este sentido, las complicaciones agudas como la hipoglicemia y el estado hiperglucémico, representan un riesgo para el desarrollo de patologías crónicas que conducen a la disfunción e insuficiencia de diversos órganos y pueden ser un motivo frecuente de hospitalización. De este modo cuando la persona con diabetes se ve afectada por complicaciones microvasculares, éstas pueden manifestarse causando daño renal, afecciones visuales y neuropatía periférica; mientras que a nivel macrovascular éstas afectan a medianos y grandes vasos sanguíneos produciendo principalmente en el transcurso del tiempo arteriopatías, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica, las que son responsables de originar un amplio grado de morbilidad, dependencia, deterioro de la calidad de vida y hospitalizaciones múltiples entre quienes las padecen(Membreño Mann, 2005), estimándose por lo demás que alrededor de un 50% de las personas con diabetes fallece de enfermedad cardiovascular(OMS, 2011).

La nefropatía diabética, constituye la principal causa de ingreso a diálisis y en el transcurso del tiempo puede conducir a insuficiencia renal crónica terminal, estimándose un 10- 20% de personas diabéticas que fallecen por ésta causa y cuyo diagnóstico genera gran impacto debido a los costos que afectan la esfera psicosocial, física y emocional de la persona, tanto por la carga de cronicidad,

como por el hecho de ser una de las complicaciones que peor calidad de vida otorga a quien la padece (de los Ríos Castillo, Sánchez Sosa, Barrios Santiago, & Ávila Rojas, 2005). Por estas razones es importante la pesquisa y el control a tiempo de la diabetes (al momento del diagnóstico y de forma anual), a través de un examen de orina que permita establecer o descartar proteinuria como marcador de daño renal (MINSAL, 2010).

Las personas con retinopatía diabética son afectadas en el diario vivir a causa del rápido deterioro de la capacidad visual que afecta a todo el globo ocular, llevando a un deterioro progresivo con pérdida de la funcionalidad (López, Matos, & Reinaldo, 2002). Es así como se estima que al cabo de 15 años aproximadamente un 2% de las personas diabéticas pierden la visión y un 10% sufren un deterioro grave; mientras que el riesgo relativo de pérdida de visión en personas con diabetes es 20 veces superior al de la población no diabética(OMS, 2011), por lo que se recomienda la realización periódica de examen oftalmológico de al menos una vez por año, para su posterior control y tratamiento con especialista; junto con la mantención de un correcto control metabólico (MINSAL, 2010).

La neuropatía es frecuente entre las personas con diabetes, tiene una prevalencia que aumenta con el tiempo de evolución de la enfermedad y con la edad del paciente, sin embargo suele ser una de las más tardíamente diagnosticadas (Conget, 2002). En su forma más común afecta las extremidades inferiores generando un aumento en el riesgo de lesiones o úlceras que pueden conducir a un pie diabético e infecciones inadvertidas, por lo que las consecuencias producidas hacia las personas afectadas son claramente visibles si se considera que parte de las personas con diabetes viven aquejados de ésta, la cual es además una importante causal de amputación no traumática (Zelaya & Erazo Trimarchi, 2007). De acuerdo a cifras del Reporte Nacional de

Enfermedades No transmisibles 2011, en cuanto a los egresos hospitalarios por complicaciones de la diabetes mellitus, las complicaciones vasculares periféricas, lideran en cifras de 6 por cada 100.000 diabéticos, siendo más prevalente en hombres que en mujeres (MINSAL, 2011).

El pié diabético asociado a neuropatía diabética y a enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores, conduce a ulceración, infección y/o gangrena, por lo que se estima que alrededor de un 15% de los diabéticos presentará ulceraciones a lo largo de la vida, siendo una de las causales de mayor número de hospitalizaciones (MINSAL, 2006); es así como según cifras de la ENS años 2009 – 2010, se tiene conocimiento que, alrededor de un 6,7 % de personas con diabetes ha consultado a un profesional de salud acerca de pié diabético durante el año 2010. Esta afección es responsable de un amplio impacto sobre la vida de las personas que se ven afectadas, se potencia por factores como el mal control metabólico, el sexo masculino, educación deficiente acerca de la enfermedad, el hábito tabáquico, condiciones sociales como vivir solo y dificultad para acceder al sistema de salud. Es fundamental por lo tanto para el cuidado apropiados de los pies, la realización de un buen autocuidado a través de inspección diaria y revisión periódica, según nivel de riesgo en que se encuentre o una vez por año por profesional capacitado que permita la identificación del pie en riesgo de ulceración, tratar la patología no ulcerativa y brindar mayor educación al paciente y su familia. Se debe considerar también, la consulta y visita periódica al podólogo, uso de calzado cerrado, correcto lavado, secado y lubricación de las extremidades, así como la atenuación de los factores de riesgos asociados (MINSAL, 2010).

En general las consecuencias de la diabetes sobrellevan un problema de índole social y económico que repercute negativamente en la calidad de vida de las personas y sus familias ya que la enfermedad por sí misma es responsable de

un gran número de consultas médicas y hospitalizaciones, así como causal de disminución de la independencia, aumento de la morbimortalidad y comprometer aspectos fundamentales como la capacidad laboral y las relaciones personales (Mejía, 2006).

La diabetes mellitus y sus consecuencias implican una carga importante hacia los servicios de salud, ya que significa un incremento de los costos de la atención que se brinda a la persona con diabetes(Huerta, 2008), esto sin dejar de mencionar que la patología diabética es una enfermedad que puede coexistir en personas hospitalizadas por otras causas, lo que implica una estancia intrahospitalaria más prolongada (Membreño Mann, 2005). Sin embargo se debe hacer hincapié que de acuerdo a las estadísticas nacionales y locales, no se tienen datos ni cifras oficiales sobre la prevalencia de la patología a nivel intrahospitalario, por lo que la información proporcionada en las estadísticas de egreso hospitalario dan a conocer la cantidad de personas que egresan sólo por descompensación aguda de la diabetes y no se objetiva el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en los registros cuando ésta no es la causa directa de hospitalización, por lo que se estima que la prevalencia de las personas con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizadas es mayor a la informada en los registros de egreso (Assael, 2009).

2.1.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es un tema multifactorial y complejo que se espera mejorar a nivel mundial y nacional. En éste 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 y como ser social y cultural (Mosquera Vásquez, Alayón, & Mario, 2008). El término de adherencia, puede ser entendido como el grado en que el comportamiento de una persona a través de un compromiso activo y voluntario, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (OMS, 2004)

De acuerdo a la OMS, el cumplimiento o adherencia terapéutica en las patologías crónicas no transmisibles se define como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas (Orueta Sánchez, 2005). Sin embargo algunos autores describen la adherencia como un proceso responsable y flexible de autocuidado en el cual el paciente se esfuerza por lograr la buena salud al trabajar en estrecha colaboración con el personal sanitario en vez de limitarse a seguir las reglas rígidamente prescritas (Araneda, 2009), también es posible encontrar en la literatura el concepto de adherencia como: *"conducta de la persona portadora de la patología en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida que coinciden con las indicaciones dadas por su médico"* (Orueta Sánchez, 2005). Estas definiciones no solo abordan la adherencia de manera más completa, sino que además se apegan mayormente a la realidad, debido a que en la práctica, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo a la persona con diabetes, quedando bajo su responsabilidad. Entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no, debido a que cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden

diversas áreas (laboral, social, familiar), los niveles de no adherencia pueden aumentar. Reflejo de esto, es que estudios realizados a nivel mundial afirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos de vida (Ortiz, 2005).

En el caso de la diabetes no es muy distinto el panorama, ya que los pacientes deben realizar un cambio rotundo en actividades diarias tan importantes como alimentarse o ejercitarse. Además de esto, se ven influenciados por una serie de factores motivacionales que varían de un individuo a otro. Una de esas causas es la poca importancia que se le da al conocimiento que posee el paciente. Leininger (McFarland & Leininger, 2007), por ejemplo, explica a través de su teoría de la transculturalidad del cuidado, que es importante conocer las costumbres de las personas, ya que de lo contrario, las indicaciones del médico y del equipo de salud se perciben como una imposición, lo que provoca frustración, rechazo, temor, miedo y angustia en las personas, razón por la que modifican o transgreden el tratamiento indicado (Hoyos, Arteaga, & Muñoz, 2011)

El tratamiento para la diabetes mellitus pretende seguir lo siguientes objetivos: lograr la desaparición de los síntomas de la hiperglicemia, control de los factores de riesgo cardiovasculares asociados, retrasar la aparición de las complicaciones micro y macroangiopáticas o retrasar su progresión si ya están presentes en el diagnóstico, educar a la persona implicándola activamente en el control de su enfermedad (UdelaR, 2010), disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida (Arno, 2004). Para ello, las medidas no farmacológicas están recomendadas como primera línea de tratamiento y/o de manera complementaria a las medidas farmacológicas, asociada a cambios en el estilo de vida que permitan la mantención de una dieta adecuada, un apropiado manejo del peso corporal y la realización de actividad física regular, junto con evitar el

consumo de sustancias nocivas como tabaco y alcohol, los cuales son aspectos críticos del cuidado de la salud de una persona diabética.

De este modo pueden considerarse ciertos factores o variables que influyen en los comportamientos de adherencia terapéutica en la diabetes mellitus, entre los que pueden describirse: características del tratamiento y la enfermedad, en donde un tratamiento cuanto más complejo y prolongado sea como lo es en el caso de la diabetes mellitus, la adherencia puede verse disminuida (Peyrot, Rubin, Lauritzen, Skovlund, Snoek, & Matthewa, 2005), esto ocurre cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o cuando uno de estos fármacos, como la insulina requiere de una persona capacitada para su administración, pudiendo ser la misma persona que cursa la patología; mientras que si el tratamiento es corto y sencillo de seguir, la persona tiene mayor nivel de adherencia. Entre otros factores influyentes, se encuentran los factores intrapersonales, como la edad, sexo, factores psicológicos como estrés y depresión; los factores interpersonales donde se ha encontrado que, la calidad del vínculo entre los pacientes, los prestadores de salud y el apoyo social influyen en la adherencia, de modo que la buena relación entre la persona y quien lo atiende ha sido asociado con una mejor adherencia; finalmente los factores ambientales, pueden significar un riesgo para la no adherencia terapéutica, ya que se debe tener presente que los comportamientos de autocuidado ocurren en el contexto de una serie de situaciones ambientales continuamente cambiantes (OPS & OMS, 2004).

Los factores psicosociales del paciente juegan un papel fundamental en la motivación para el cumplimiento terapéutico. "*Se ha visto que fenómenos como la depresión, problemas en el estado de ánimo o un bajo nivel de escolaridad pueden influir en la adherencia terapéutica. En este ámbito el estrés, tiende a estar presente desde los inicios de la enfermedad, así como a lo largo de todo su curso, ya que el simple hecho de padecer una enfermedad crónica es una situación*

estresante" (Ortiz M. , Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011). Con respecto a los síntomas depresivos, que alcanzan una prevalencia de un 23,6% en la población diabética, se pueden presentar en el momento del diagnóstico y afectar en el control glucémico, en la realización de actividad física llevando a un aumento de obesidad y potenciar las complicaciones asociadas a la diabetes con daño del organismo (Ortiz M. , Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011).

El apoyo familiar se hace imprescindible para la persona con diabetes, ya que entrega mayores recursos para enfrentar la patología y de este modo conducirlo a un mejor control metabólico (Ortiz M. , Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011) aumentando la adherencia a las indicaciones médicas y al tratamiento, como también reduciendo el estrés (Ortiz M. , Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011). Es justamente aquí donde los profesionales de la salud deben poner énfasis, en el paciente y su entorno más cercano.

Otro aspecto en el que se ve reflejada la no adherencia al tratamiento es frente al no cumplimiento del régimen alimenticio, en donde las personas con diabetes muchas veces automodifican las indicaciones médicas prescritas. De este modo las personas son conscientes de que su descontrol metabólico se debe a una transgresión en el plan alimentario y al no cumplimiento farmacológico; no obstante persisten en las trasgresiones (Pinto, 2000). Por otra parte, el factor económico puede influir en el quebrantamiento del régimen alimenticio indicado para personas con diabetes, ya que las personas de bajos recursos se limitan a comprar lo que pueden y no lo que deben, según su poder adquisitivo.

En definitiva la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la colaboración de la misma persona que cursa la enfermedad. Se ha

demostrado que al adoptar estilos de vida saludables, la incidencia de la diabetes se reduce en un 58%, se menciona además que dicho efecto perdura en el tiempo siempre y cuando las personas intervenidas mantengan sus niveles adecuados de peso corporal y actividad física (MINSAL, 2011). Entonces es posible que la incorporación y la participación activa del paciente sea la clave para poder llevar a cabo un verdadero cambio en el negativo panorama epidemiológico de la diabetes.

Para dichos efectos es que durante los últimos años en Chile, se ha adoptado un modelo de cuidado a personas con enfermedades crónicas, que en la práctica se ve reflejado en el nuevo sistema de atención integral con enfoque familiar y comunitario en atención primaria, que enfatiza principalmente el rol central que tiene la persona con patología crónica en su propio tratamiento como un ente activo y proactivo (MINSAL, 2011)(MINSAL, 2010). Es así, como existen medidas sanitarias que apoyan e incentivan la adherencia terapéutica, las cuales se especifican en la guía clínica GES de diabetes, la que entrega información al equipo de salud en cuanto a la importancia de involucrar a los pacientes con diabetes a seguir las indicaciones, ya que la educación diabetológica supone una de las bases fundamentales para potenciar dicha adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007).

2.1.3 AUTOCUIDADO

La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se utilizará como referente metodológico de enfermería para fundamentar este estudio, por lo que su argumentación es imprescindible para poner de manifiesto cómo dicha teoría sustenta el tema a investigar.

De acuerdo a su autora, el modelo teórico se encuentra configurado por una teoría general: Teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado, que a la vez está compuesta por tres sub- teorías relacionadas en su conjunto: La Teoría de Autocuidado, que considera éste como una función reguladora humana que aprende y aplica cada persona deliberadamente en el tiempo, para mantener su vida, desarrollo y bienestar, es decir, el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la Teoría de Déficit de Autocuidado, que describe y explica cómo se pueden entregar cuidados de enfermería a la personas incapacitadas de satisfacer su propio autocuidado por un desequilibrio entre su capacidad de acción y sus necesidades de cuidado; y la Teoría de Sistemas de Enfermería, que describe el actuar del profesional de enfermería a través de una acción humana articulada en sistemas de acción, capaces de brindar atenciones que puedan ser dirigidas hacia las personas con limitaciones de salud y problemas en su autocuidado (Marriner Tomey & Raile Alligod, 2007).

Autocuidado de acuerdo a la definición de Dorothea Orem se entiende como la práctica de actividades que una persona madura o en proceso de maduración inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar por medio de actividades que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Bajo las premisas de este concepto, es importante comprender que es una conducta

aprendida a través de experiencias cognitivas y sociales, así como de relaciones interpersonales por medio de la comunicación (Marriner Tomey & Raile Alligod, 2007).

La representación del modelo teórico del autocuidado, enmarca la existencia de requisitos universales de éste, relativos al desarrollo y cuando falla la salud, los cuales bajo su cumplimiento o satisfacción, pueden contribuir a la práctica correcta de conductas para el autocuidado o por el contrario conducir a un déficit y mayor demanda de éste cuando hay insatisfacción de los mismos requisitos (Marriner Tomey & Raile Alligod, 2007). Se puede identificar a la vez la existencia de *factores condicionantes* como el autoconcepto, el nivel de madurez, la familia o grupo social, la cultura, el nivel de conocimiento acerca de salud y hasta la existencia de habilidades personales, los que inciden en el cumplimiento de los requisitos del autocuidado en las personas influyendo directamente en el control de la enfermedad.

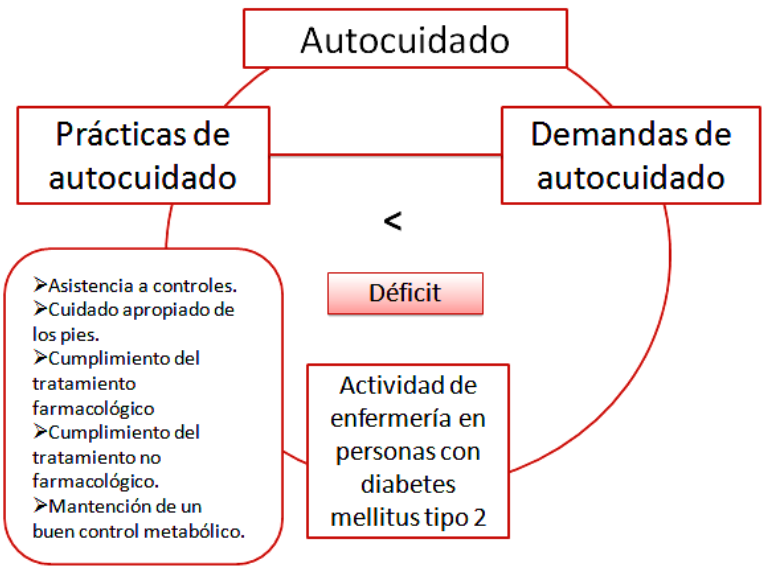
Es así, como el éxito o fracaso del autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por aspectos condicionantes como: el tratamiento y la enfermedad; los factores intrapersonales como edad, sexo, autoestima, motivación, eficacia, experiencia; los factores interpersonales como la calidad de relación entre las personas, los prestadores de salud, la familia y la sociedad; y los factores ambientales. Es por ello que a menudo las personas con diabetes pueden tener dificultades para adoptar cambios en su estilo de vida y realizar actividades de autocuidado (Díaz, Márquez, & Sabido, 2007).

El Autocuidado es dirigido hacia el mantenimiento y promoción de la salud, por lo que para su realización se requiere de un proceso de aprendizaje y demostración acerca de las prácticas de éste, que deben realizar las personas y que les conduzcan al cumplimiento de los requisitos de autocuidado para prevenir

alteraciones en la salud manteniendo un óptimo funcionamiento humano; sin embargo, cuando se alteran o no existen conductas de autocuidado por efecto de un factor condicionante que afecte directamente hacia el cumplimiento de uno de los requisitos del tema en cuestión, se genera un déficit de autocuidado, frente a lo cual, según el modelo teórico, es primordial la actividad de enfermería para contrarrestar dicho déficit a través de la sub-teoría de Sistemas Enfermeros.

Con la finalidad de comprender como la teoría de Orem sustenta el tema a investigar, la siguiente representación (fig. 1) permite explicar lo que sucede en las personas con diabetes mellitus, quienes al presentar una condición crónica de salud, requieren cuidados permanentes para mejorar o mantener adecuadamente la calidad de vida y control metabólico, pudiendo eventualmente presentar un déficit de autocuidado por no cumplimiento de alguno de los requisitos de éste, con la consecuente no realización de conductas apropiadas para la mantención del mismo.

Figura n° 1*: Teoría del Autocuidado aplicada en la persona con diabetes mellitus.*



Cuando en la persona diabética se alteran los requisitos del autocuidado y se genera un déficit de éste, el actuar del profesional de enfermería juega un papel fundamental en la recuperación de la salud a través de un sistema de ayuda parcial o sólo de apoyo educativo, ante el cual la educación constituye una herramienta primordial para que la persona se adhiera de forma efectiva al tratamiento y para la adquisición de habilidades de autocuidado en el manejo de la enfermedad a nivel personal y familiar. (Avila Alpirez, Meza Guevara, Frías Reyna, Sánchez Andrade, Vega Alanís, & Hernández Saldivar, 2006)

De esta forma, se debe considerar que la efectividad del tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2, si bien dependerá de una adecuada decisión terapéutica, estará condicionada también, por la participación activa de la persona, su familia y su nivel de autocuidado, a través de la realización de prácticas de autocuidado que impliquen actividades dirigidas a la mantención de un buen control metabólico como: asistencia a los controles de salud, cumplimiento de tratamiento farmacológico y no farmacológico y cuidado apropiado de los pies.

Otro aspecto relevante en el tratamiento es el autocontrol, es decir, que el paciente haga sus propios ajuste terapéuticos necesarios, según los resultados de sus niveles de glicemia. Para ello, se necesita de la participación activa del paciente o de un familiar responsable con capacidad para ejecutar el examen, registrar por escrito los resultados y tomar las decisiones pertinentes basadas en éstos. No todos los usuarios cumplen las condiciones para realizar un buen autocontrol por lo tanto será responsabilidad del equipo tratante decidir quién está capacitado para efectuarlo. De esta manera, se conduce a una responsabilidad compartida en la toma de decisiones, hecho que según la literatura promueve la adherencia al tratamiento y conduce a mejores resultados (MINSAL, 2010).

De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2007, se mostró que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presenta una capacidad de autocuidado regular (66,5%), el cual se encuentra relacionado con variables socio- demográficas y clínicas (Marriner Tomey & Raile Alligod, 2007), observándose además una mejor capacidad de autocuidado entre aquellas personas que se encuentran en el intervalo de edad de 70 a 80 años. En cuanto a la escolaridad se evidencia que las personas con hasta seis años de estudio correspondientes a la educación primaria de dicho país, presentaron mejor capacidad de autocuidado, así como aquellas personas que refirieron profesar alguna religión, por lo que la espiritualidad contribuiría de forma positiva a la mantención del mismo. En lo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad se obtuvo que cuanto más tiempo cursando la patología de diabetes mellitus, se estima la existencia de una peor capacidad de autocuidado en las personas, a raíz del factor de cronicidad asociado a la enfermedad. Se señala también que, la persona con diabetes tipo 2 que recibe el diagnóstico de la enfermedad en la fase adulta del ciclo vital tiene creencias, valores y hábitos formados por lo que adquirir una conducta promotora de salud que permita mantener un adecuado nivel de autocuidado resulta difícil de lograr. Por tanto la edad, de acuerdo a este estudio, se configura como una variable determinante bajo el punto de vista de la evaluación del tema estudiado en lo referente al manejo de la enfermedad, pudiendo influenciar la adherencia al tratamiento en la persona con diabetes mellitus tipo 2(Romero, dos Santos, Aparecida, & Zanetti, 2010).

La información recopilada permite crear un marco de referencia respecto a la influencia de factores personales y/o culturales, y como éstos pueden condicionar la realización de actividades de autocuidado en los usuarios diabéticos, pudiendo convertirse en factores de riesgo que pueden llevar a una descompensación de la patología.

El actuar de enfermería permite identificar aquellas acciones que llevan al autocuidado de las personas diabéticas y realizar intervenciones con la finalidad de lograr el autocontrol promoviendo la salud y bienestar de la mano de la comprensión de integralidad del ser humano por medio del cuidado enfermero. A través de esto se logra elaborar un plan de intervención integral que involucra a la persona misma y su entorno, promoviendo la adopción y el refuerzo de medidas de autocuidado.

2.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el perfil, las medidas de autocuidado y la adherencia al tratamiento de la persona mayor de 15 años hospitalizada con Diabetes Mellitus tipo 2.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características demográficas de la persona hospitalizada.
- Identificar las características socioeconómicas de la persona.
- Identificar las medidas de autocuidado en las personas hospitalizadas.
- Identificar la adherencia al tratamiento de las personas hospitalizadas.

2.2.3 VARIABLES DEL ESTUDIO OPERACIONALIZADAS

Definición nominal	Definición conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
1.- Perfil de la persona diabética hospitalizada	Conjunto de características sociodemográficas(personales, familiares, sociales) y economicas que definen a las personas sujeto de estudio y que se ven influenciadas por el proceso de salud/enfermedad en el contexto social en que se desarrollan.	1.1 Demográfico	Sexo	-Femenino -Masculino	
			Edad	-Grupos edad 15 - 24 años 25 – 34 años 35 – 44 años 45 - 54 años 55 – 64 años 65 – 74 años 75 y mas	Años cumplidos
			-Estado civil	-Soltero -Conviviente -Casado -Separado -Viudo	
			Estructura Familiar	-Unipersonal -Nuclear -Extendida	- Solo - Pareja - Hijos - Otras pers.

			Número de personas con las que vive	- 1 - 2 - 3 - 4 -Otras (especificar)	
			Pariente directo con diabetes mellitus tipo 2	-SI -NO -No sabe	
		1.2. Socio-económico	-Nivel educacional	-Básica incompleta -Básica completa -Media incompleta -Media completa. -Superior incompleta -Superior completa	-Último año cursado
			- Actividad	-Trabajador -Dueña/o de Casa -Jubilado o pensionado. -No trabaja - Cesante	

			-Ingreso familiar	-Primer quintil -Segundo Quintil -Tercer Quintil -Cuarto quintil -Quinto quintil	
			- Previsión de Salud.	-Sin previsión - FONASA - ISAPRE - Particular - Otros	
2. Adherencia al tratamiento	Implicación activa y voluntaria de la persona diabética tipo 2 en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el equipo tratante, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado, referido al cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.	2.1 Conocimiento	- Patología. - ¿De dónde obtiene la información? -Complicaciones. - ¿De dónde obtiene la información?	-SI – NO -Especificar -SI – NO -Especificar	
		2.2 Tratamiento farmacológico	Administración de medicamentos	- Frecuencia	-Siempre -A veces -Nunca

			-Tipo de Medicamentos indicados.	-Hipoglice-miante Oral -Inyectable (insulina) -Ambos	
		2.3 Tratamiento No farmacológico	-Conocimiento del tipo de dieta a seguir.	-Régimen indicado.	SI – NO
			- Cumplimiento del régimen indicado. -Frecuencia de cumplimiento del régimen indicado	-SI –NO -Siempre -A veces -Nunca	
			-Consumo de alimentos no recomendados -Frecuencia de consumo de alimentos no recomendados	SI- NO -Siempre -A veces -Nunca	
			-Frecuencia de realización de Ejercicio Físico	-Siempre -Regular-mente -Nunca	
		2.4 Asistencia a controles del programa		- Siempre -Regular-mente	

				- Nunca - No está en control	
		2.5 Antecedentes de la enfermedad	-Años de morbilidad	-Menos de dos años -De 2 a 5 años -De 5 a 10 años -Mayor a 10 años	-Años cursando la patología
			-Existencia de complica-ciones	-Si -No	
			-Tipo de Complica-ciones	-Hiper-glicemia -Pié diabético -Retinopatías -Nefropatía -Alt.Cardiovas-culares.	
3.- Autocuidado	Función reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada a sí mismo, para mantener su vida y estado de salud, desarrollo y bie-nestar	3.1 Autocuidado General	-Prevención de accidentes	-Quemaduras -Heridas cortantes -Caídas	SI – NO
			-Consumo de sustancias nocivas	-Alcohol -Tabaco -Otras drogas	-SI – NO -SI – NO -SI – NO

			-Asistencia a control oftalmológico	SI – NO	
			Hospitalización en el año 2011	SI - NO	
			N° de hospitalizaciones que ha tenido en el último año.	-Especificar	
		3.2 - Actividades realizadas para el cuidado propio de pies	-Corte de uñas en línea recta. -Uso de calzado adecuado. -Secado entre dedos después del lavado. -Hidratación de la piel. -Asistencia a podólogo.	-SI – NO -SI – NO -SI – NO -SI – NO -SI – NO	.

III. CAPÍTULO

METODOLOGÍA

3.1 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1.1 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es cuantitativo, descriptivo de tipo transversal, donde se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento.

3.1.2 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN GRUPO

El grupo de trabajo compuesto por ocho integrantes y una profesora guía designada se conformó al azar en agosto del 2011, se asignaron roles directivos para operativizar las tareas durante el primer semestre de trabajo, se asignaron cargos de director, relacionador público, secretarias, tesoreros y encargados de carpeta. En un comienzo se acordaron reuniones los días jueves durante la tarde y después cada vez que se hacía necesario, trabajando inicialmente en buscar evidencia teórica y respaldo para esta investigación. Durante el año 2012 se comenzó a desarrollar la parte práctica de dicha investigación, se inicia el trabajo solicitando autorización para la realización del presente trabajo de investigación al Comité Ético Científico (CEC). El CEC aprobó la realización de esta tesis, emitiendo un ordinario N°1415 por el SS Aconcagua con fecha 17 de julio del 2012.

Luego de la respuesta del CEC y la recepción del documento que acredita la aprobación de la investigación , se solicita permiso a los directores de ambos hospitales para poder aplicar el instrumento a las personas hospitalizadas en las unidades de Medicina y Cirugía , con lo que se da inicio a la recolección de datos de la mano con los plazos establecidos en la carta Gantt. Durante todo el periodo de trabajo se pagaron cuotas acordadas por el grupo, junto a la realización de

actividades que permitieran generar ingresos, con la finalidad de satisfacer los costos de la investigación.

3.1.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

La población seleccionada correspondió a todas las personas diabéticas tipo 2 mayores de 15 años, que se encontraran Hospitalizadas en los servicios de medicina y cirugía del Hospital San Camilo de San Felipe y San Juan de Dios de Los Andes, durante el periodo establecido para la investigación y que además, cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de este estudio.

El universo de este estudio correspondió a 84 personas de ambos sexos, diabéticas tipo 2 hospitalizadas en los servicios de medicina y cirugía del Hospital San Camilo de San Felipe y San Juan de Dios de Los Andes.

3.1.4 DISEÑO MUESTRAL

La selección de la muestra es de tipo no probabilístico intencionada por conveniencia, ya que es el método que asegura al investigador de acuerdo a los objetivos planteados, la recolección de datos de las personas que se encuentren hospitalizadas durante el periodo definido para este estudio.

3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

En los criterios de inclusión se consideró a las (personas mayores de 15 años que estuvieran hospitalizadas en los servicios médico quirúrgicos de los hospitales de San Felipe y Los Andes, que tuviesen diabetes mellitus como

diagnóstico principal y/o antecedente mórbido por un periodo superior a un año, y tengan las capacidades físicas y/o mentales adecuadas para responder el cuestionario.

Dentro de los criterios de exclusión se encuentra el haber sido diagnosticado hace menos de un año con la patología y poseer discapacidades y/o impedimentos físicos o mentales.

3.1.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado es un cuestionario confeccionado por el mismo grupo, el cual se aplicó de forma supervisada a todas las personas diabéticas tipo 2 hospitalizados que reunieron los criterios de inclusión, durante el periodo agosto septiembre del año 2012.

Además se solicitó la autorización correspondiente de la dirección del Hospital San Juan de Dios de Los Andes (HOSLA) Don Eduardo Marín y del Hospital San Camilo de San Felipe (HOSCA) Don Alberto Altermatt, posterior a esto se le informó del proceder a las enfermeras supervisoras y clínicas de cada servicio (ver en anexo n° 2) para poder llevar a cabo la recolección de datos.

3.1.7 ASPECTOS ÉTICOS EN LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los datos fueron obtenidos y utilizados con la autorización del participante bajo lectura de consentimiento informado establecido por escrito (ver en anexo n°1), que fue incluido en el formato del cuestionario, previo a la aplicación del instrumento recolector de datos, resguardando la confidencialidad, participación voluntaria y anónima de los participantes del estudio en todo momento, y

posteriormente a la publicación de los resultados obtenidos al final de la investigación.

3.1.8 DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO

El cuestionario lleva por título, "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizadas" (ver en anexo n°3).

Consta de 29 preguntas que responden a las 3 variables del estudio, las cuales corresponden a: determinar el perfil, medidas de autocuidado y de adherencia al tratamiento.

3.1.8.1 Perfil:El perfil demográfico de las personas con diabetes se determina con las respuestas entregadas en las primeras 6 preguntas que abordan las sub-dimensiones: sexo, edad, estado civil, estructura familiar (con quien vive), número de personas con las que vive y si posee algún familiar directo con diabetes mellitus tipo 2, además incluye la dimensión socioeconómica la cual a través del nivel educacional, actividad laboral, ingreso familiar y previsión de salud permiten elaborar una descripción del perfil de la persona diabética.

3.1.8.2 Adherencia al tratamiento: La adherencia al tratamiento fue abordada con preguntas referidas a la dimensión conocimiento, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, asistencia a los controles del programa y antecedentes de la enfermedad.

3.1.8.3 Autocuidado:El autocuidado general se identificó a través de actividades realizadas para el cuidado propio de los pies, prevención de accidentes, consumo de sustancias, asistencia a control oftalmológico, corte de uñas en línea recta, uso de calzado adecuado y asistencia a podólogo entre otros.

3.1.9 PRUEBA DEL INSTRUMENTO

La prueba del instrumento, se realizó en el servicio de cirugía hombres del hospital San Juan de Dios de Los Andes a 10 personas diabéticas hospitalizadas durante el mes de julio de 2012. Esta prueba piloto, permitió identificar las falencias de la redacción y estructuración de algunas preguntas, además de poder medir el tiempo de aplicación.

3.1.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos que se obtuvieron de la aplicación del instrumento, en primera instancia se ingresaron a una planilla Excel, para posteriormente ser traspasados al software SPSS® y analizados en función de los objetivos. De esta manera, se empleó estadística descriptiva y algunos cruces de variable. En la estadistica descriptiva se calcularon medidas de tendencia central, se construyeron tablas y gráficos de frecuencia, además de tablas de contingencia para cruzar las variables.

3.1.11 CRITERIOS DE ANÁLISIS

El criterio para el análisis de los datos obtenidos, se basa principalmente en describir los factores predominantes en las variables de perfil, adherencia y medidas de autocuidado, relacionadas con las respuestas más frecuentes, ya que estas representarían la opinión colectiva de la muestra encuestada.

3.1.12 ORGANIZACIÓN TRABAJO EN TERRENO

El grupo se dividió para optimizar el tiempo y los recursos formando cuartetos de trabajo que asistieron semanalmente a los servicios médico-quirúrgicos de ambos hospitales en parejas. En primera instancia se hacía contacto telefónico con los estudiantes de V año de la carrera de enfermería que estaban realizando su internado para verificar la presencia de alguna persona diabética hospitalizada, en caso que presentarse un nuevo ingreso de una persona que cumpliera con los requisitos de inclusión del estudio, se acudía durante el día para realizar el cuestionario.

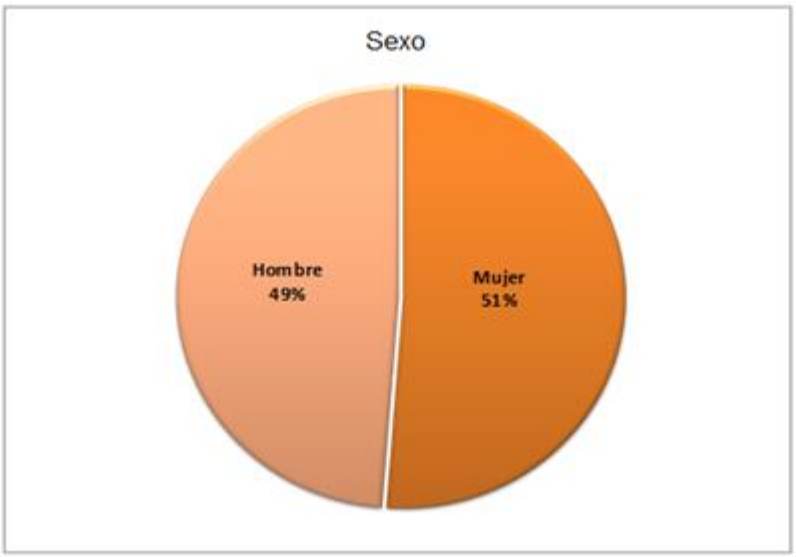
IV. CAPÍTULO

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DEL ESTUDIO

4.1.1 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

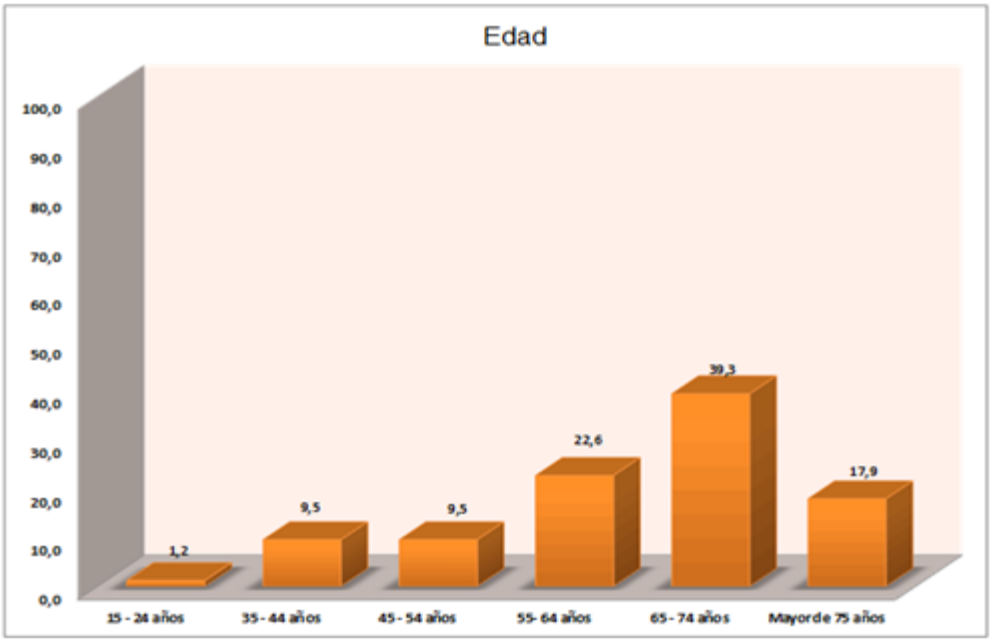
4.1.1.1GRÁFICO N° 1: Sexo



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

De acuerdo al gráfico de sexo, es posible observar que en el grupo de 84 personas un 49% de los encuestados correspondieron a hombres y un 51% a mujeres.

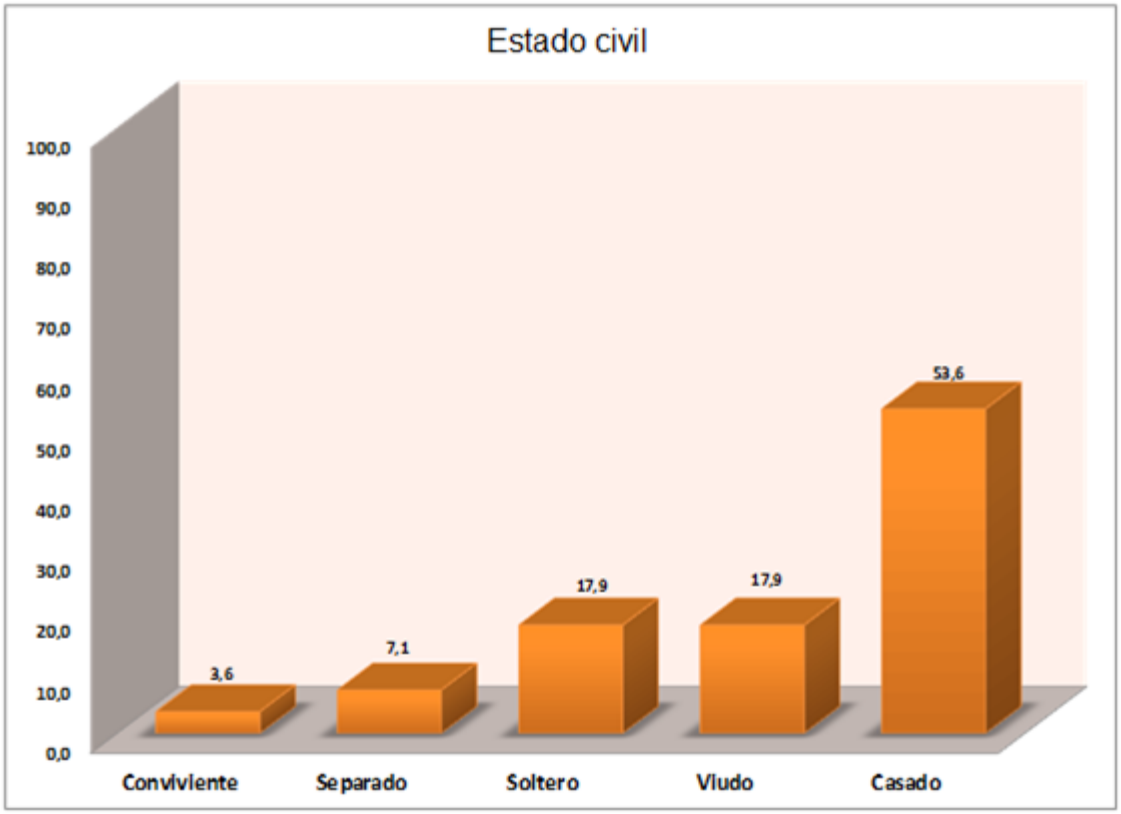
4.1.1.2 GRÁFICO N° 2: Edad



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Según el gráfico de edad, la moda de las personas encuestadas se encuentra en el rango de 65 a 74 años correspondiendo a un 39,3% del total, resultado seguido del rango de edad de 55- 64 años con un 22,6% del total.

4.1.1.3 GRÁFICO N° 3: Estado Civil



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

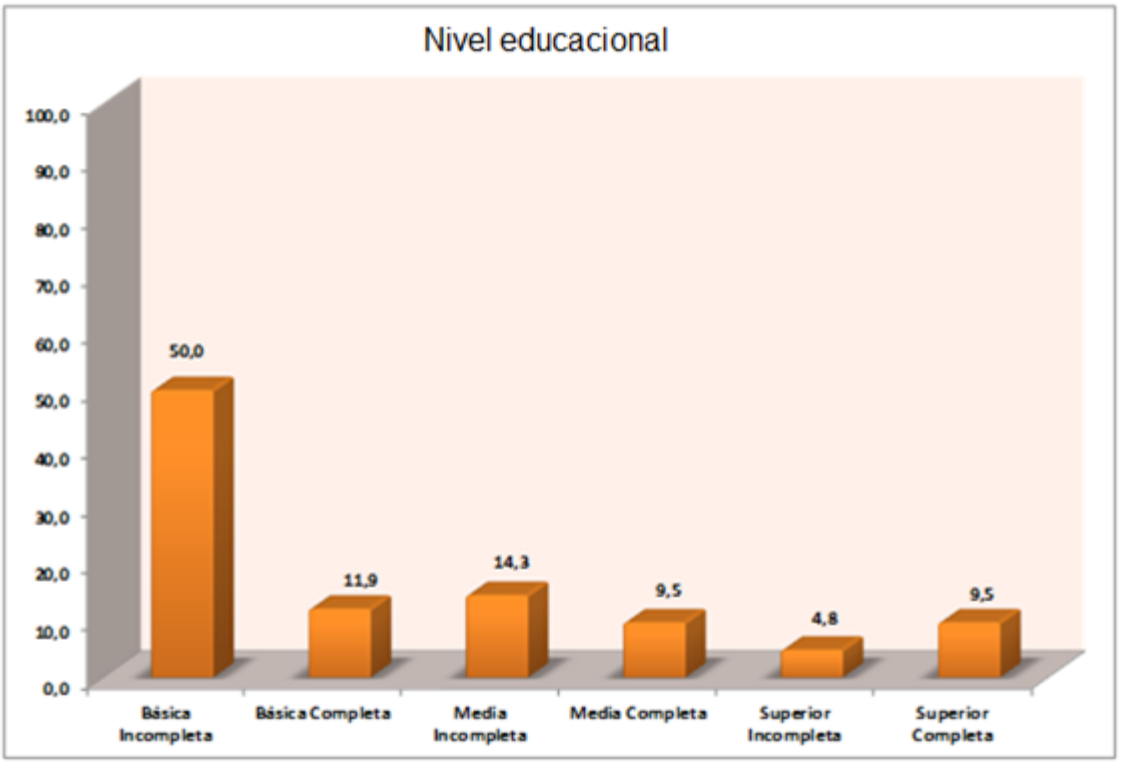
Según el estado civil, la mayor representatividad está dada por el grupo de personas casadas correspondiente a un 53,6% del total de encuestados.

***4.1.1.4 GRÁFICO N° 4*:** Con quienes viven las personas con diabetes mellitus.

Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

En relación al gráfico, se observa que un 29% de las personas encuestadas vive con pareja e hijos, seguido por un 25% de encuestados que refiere vivir con otras personas como hijos con pareja, nietos y bisnietos, mientras que, un 24% de encuestados respecto al total del grupo, viven solamente con la pareja.

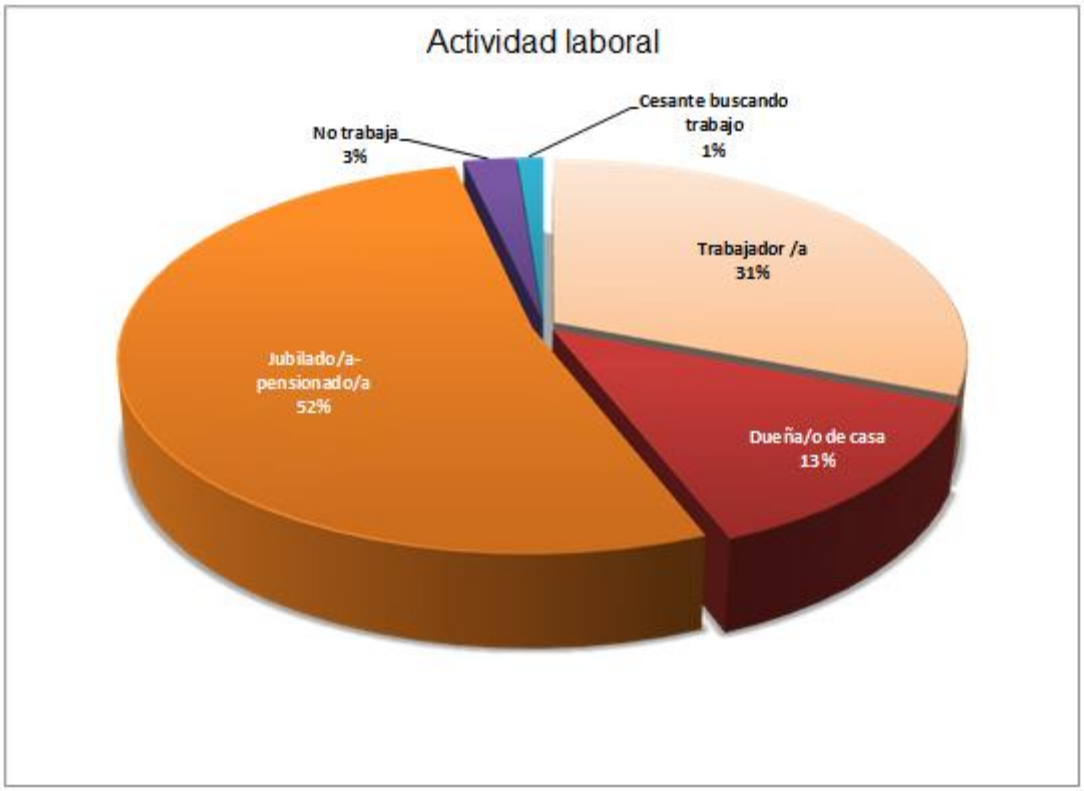
4.1.1.5 GRÁFICO N° 5: Nivel Educacional



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

En el presente gráfico se observa que, un 50% de las personas posee sólo enseñanza básica incompleta y un 11,9% manifiesta tener educación básica completa. Mientras que, un 14,3% refiere tener enseñanza media incompleta, y sólo un 9,5% posee enseñanza media completa.

4.1.1.6 GRÁFICO N° 6: Actividad Laboral

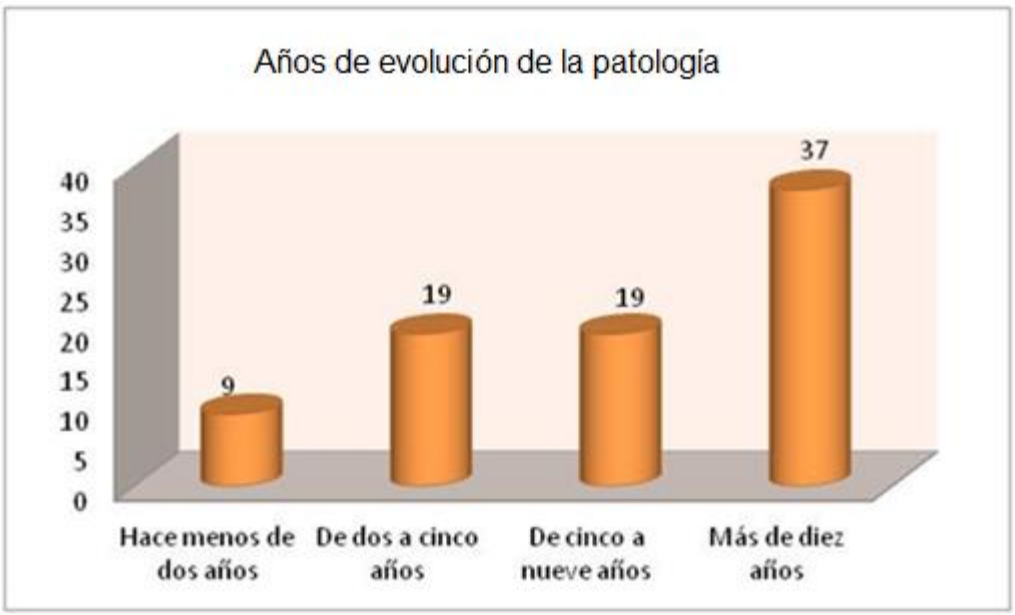


Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Es posible observar que un 52% de las personas encuestadas son jubilados/as y un 31% son trabajadores activos/as; mientras que un 13% refieren ser dueñas de casa.

4.1.2.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: ADHERENCIA TERAPEUTICA.

***4.1.2.1 GRÁFICO N° 7*:** Años de evolución de la patología.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

En el grafico es posible observar que el 44% de los encuestados tiene más de diez años de diagnosticada la enfermedad de diabetes mellitus.

***4.1.2.2 GRÁFICO N° 8*:** Información acerca de la enfermedad.

Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

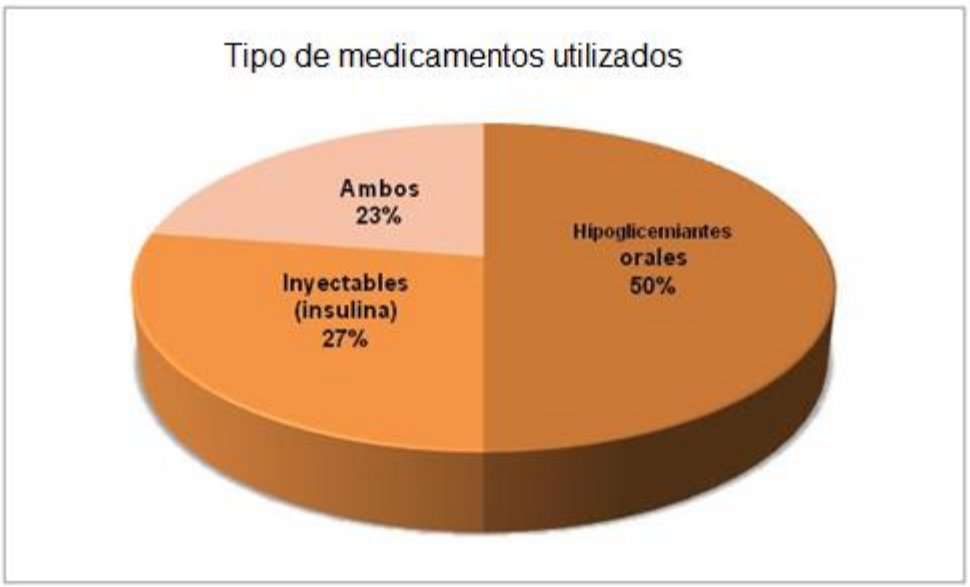
Del grupo de personas encuestadas, un 78,6% manifiesta haber recibido información acerca de la enfermedad.

4.1.2.3 GRÁFICO N° 9: Información acerca de las complicaciones.

Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Del total de personas encuestadas un 78,6% manifiesta haber recibido algún tipo de información acerca de las complicaciones que se pueden desarrollar con la enfermedad.

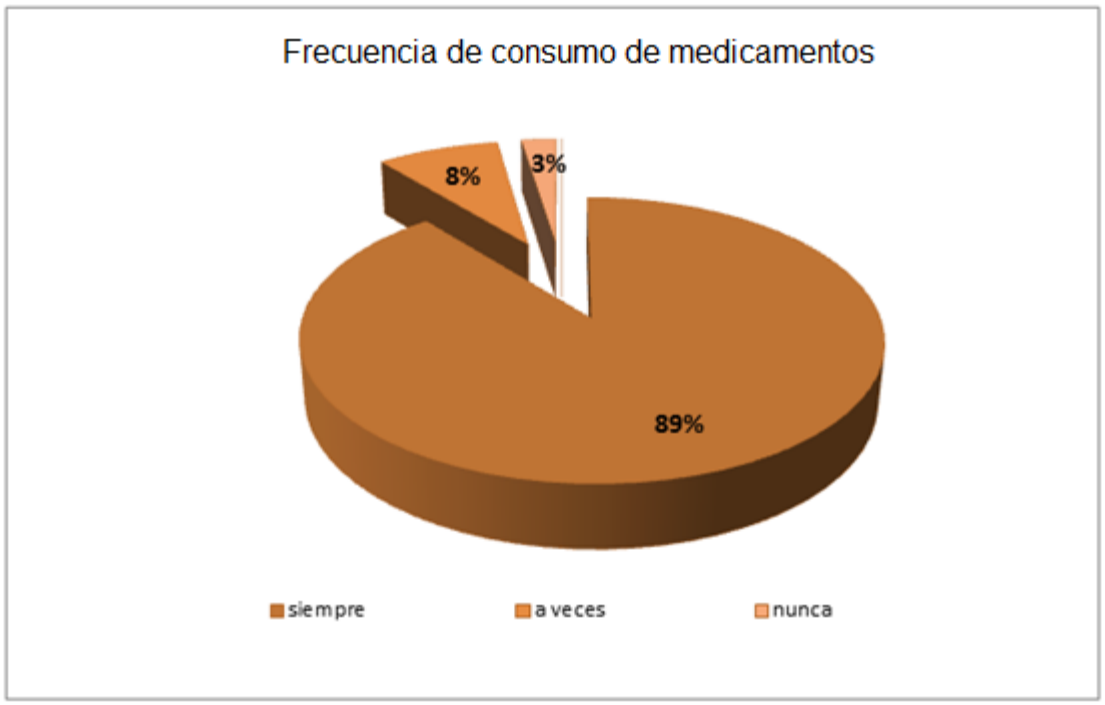
4.1.2.4 GRÁFICO N° 10: Tipo de medicamentos utilizados.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Según lo representado, un 50% de las personas del grupo encuestado utiliza hipoglicemiantes orales, un 27 % inyectables (insulina) y un 23% utiliza tanto medicamentos orales como inyectables, para el control de diabetes mellitus tipo 2.

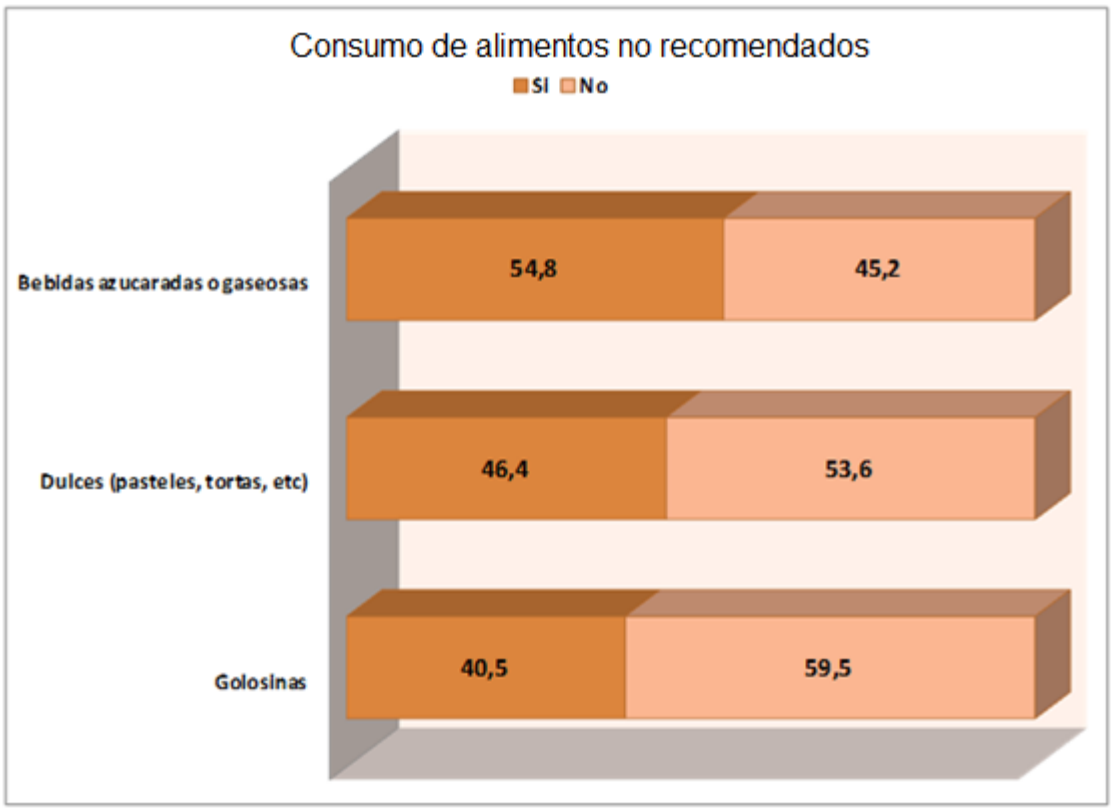
4.1.2.5 GRÁFICO N° 11: Frecuencia de consumo de medicamentos.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Según lo representado, se puede observar que el 89% siempre consume los medicamentos, un 8% los consume a veces y un 3% nunca.

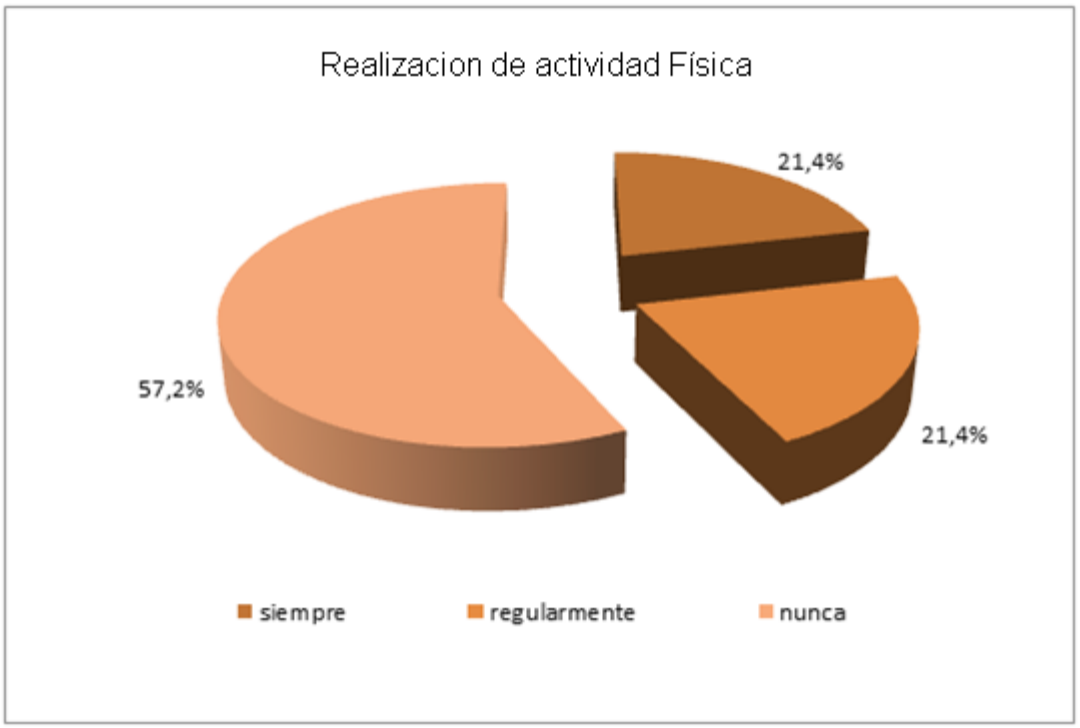
***4.1.2.6 GRÁFICO N° 12*:** Consumo de alimentos no recomendados.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Según lo representado en el gráfico, un 54,8% de las personas encuestadas refiere consumir bebidas azucaradas o gaseosas, un 46,4 % refiere consumir dulces (pasteles, torta, etc.), y un 40,5% refiere consumir golosinas.

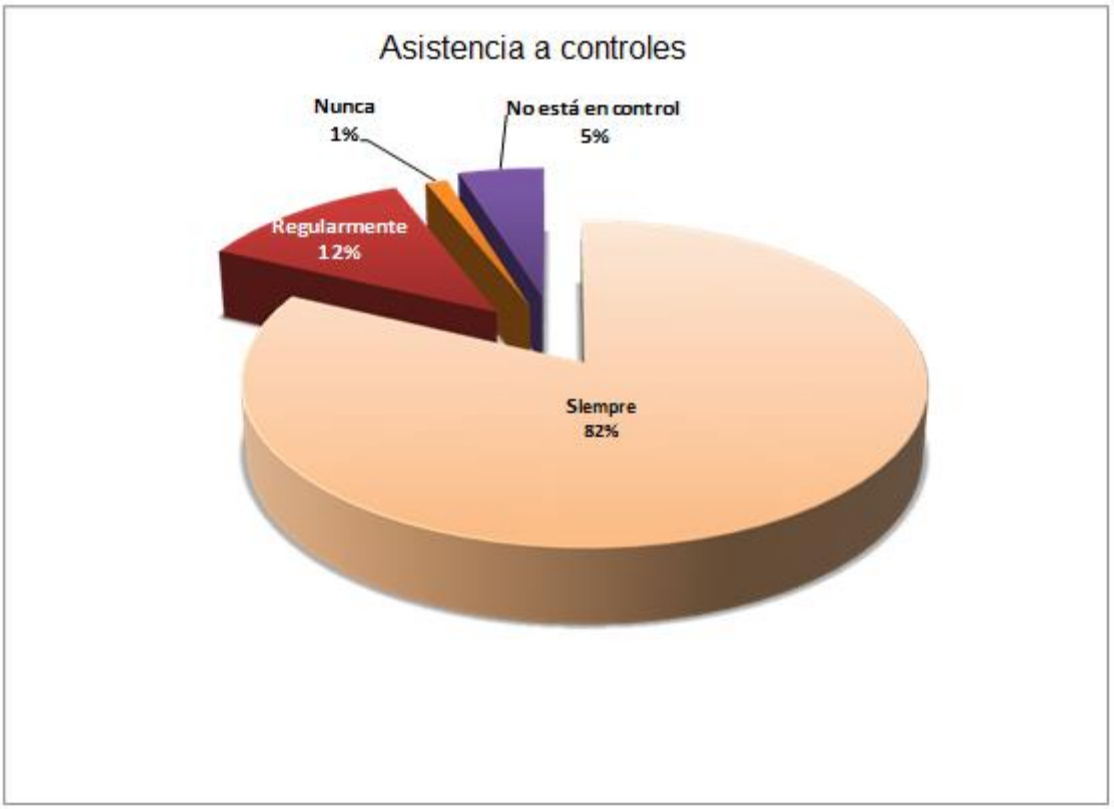
***4.1.2.7 GRÁFICO N° 13*:** Realización de actividad física.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

De acuerdo a lo observado en el gráfico, el 21,4% de las personas "siempre" realiza ejercicio físico, mientras que un 57,2% no lo realiza "nunca".

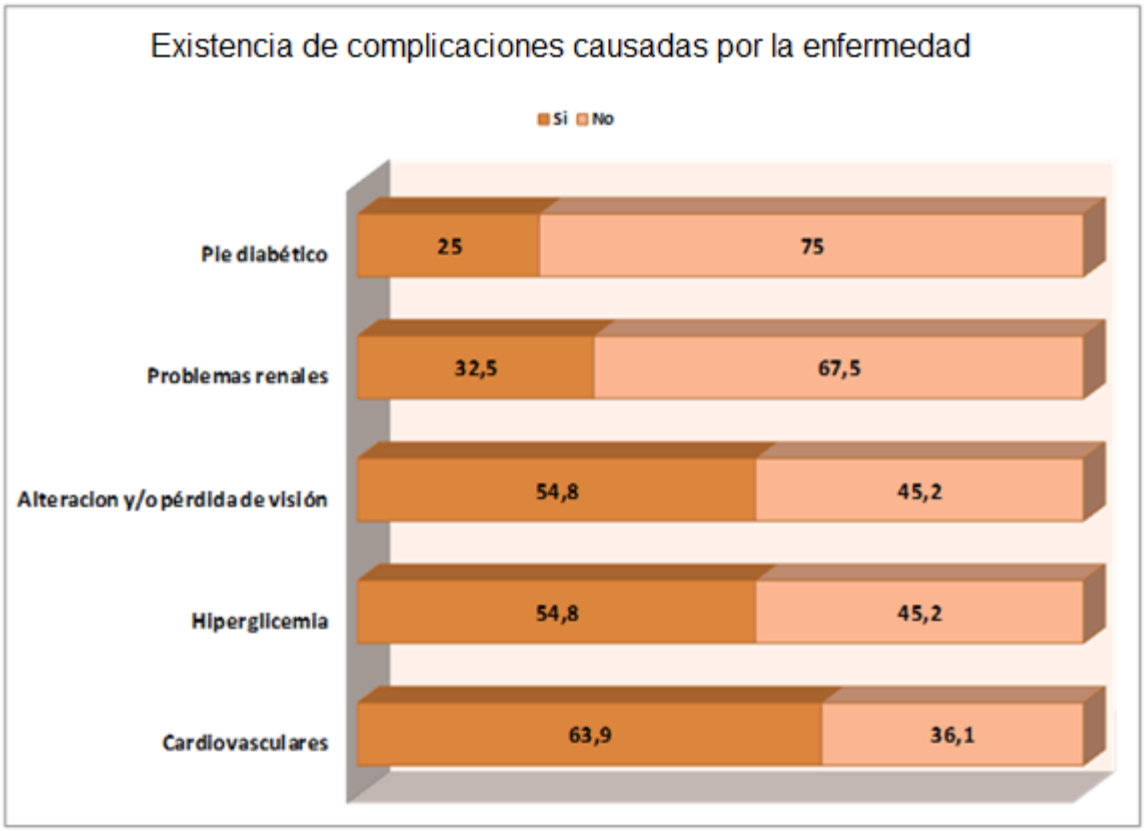
4.1.2.8 GRÁFICO N° 14: Asistencia a controles.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Un 82% de la población encuestada refiere asistir "siempre" a sus controles de salud, un 5% manifiesta "no estar en control" y un 1% "nunca" ha asistido a controles.

***4.1.2.9 GRÁFICO N° 15*:** Existencia de complicaciones causadas por la enfermedad.

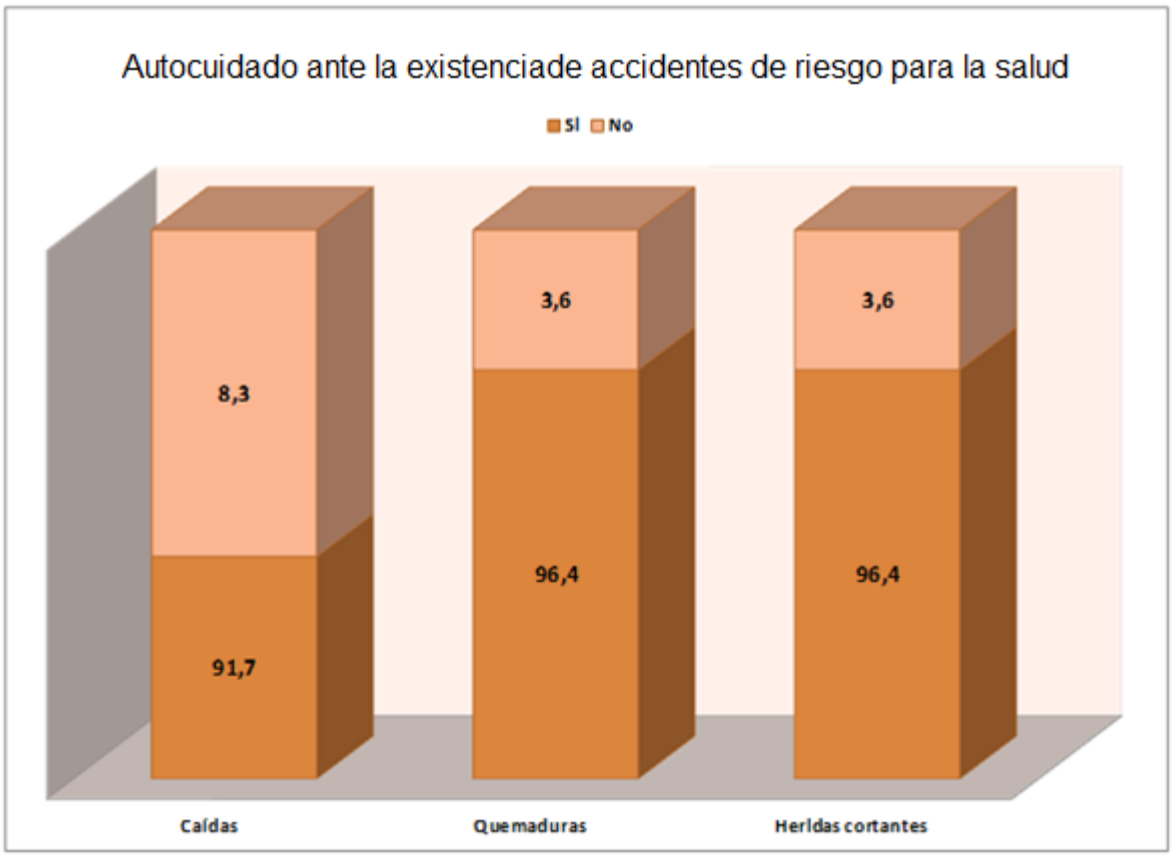


Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Se observa que, de cinco complicaciones causadas por la diabetes mellitus tipo 2, las afecciones cardiovasculares lideran el grupo con un 63,9% seguidas por un 54,8% a causa de la hiperglicemia y las alteraciones por pérdida de la visión.

4.1.3.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: AUTOCUIDADO

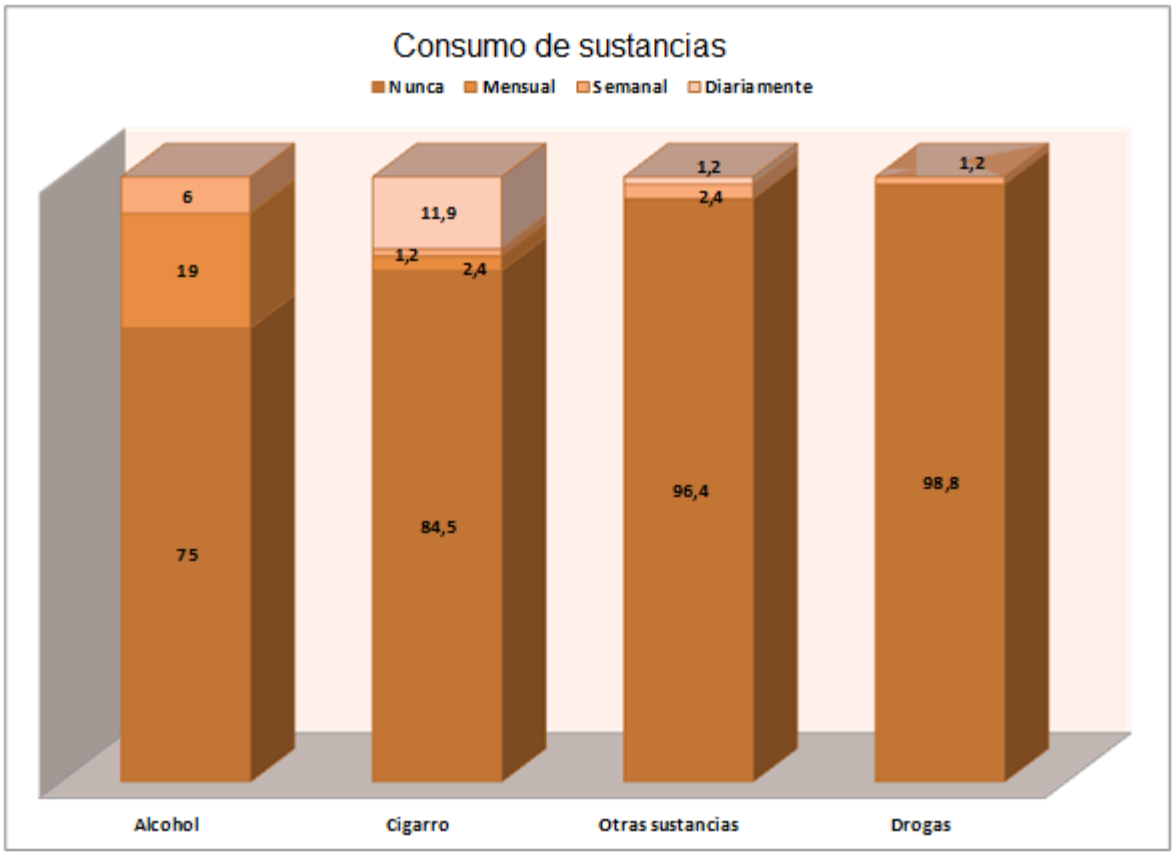
4.1.3.1 GRÁFICO N° 16:Autocuidado ante la existencia de accidente de riesgo para la salud.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

De acuerdo a lo manifestado por las personas encuestadas, con un 8,3% del total "las caídas" es uno de los accidentes de riesgo que menos evitan las personas con diabetes mellitus. Mientras que sólo un 3,6% de las personas evita quemaduras y heridas cortantes.

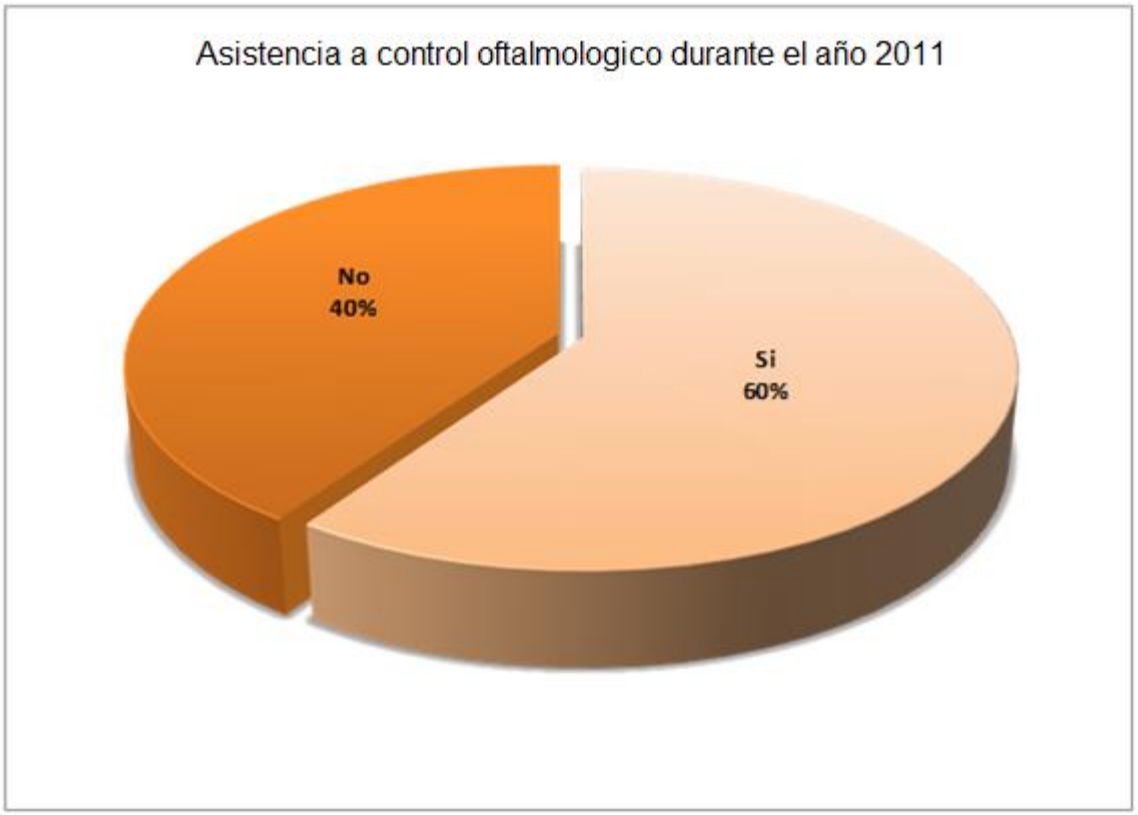
***4.1.3.2 GRÁFICO N° 17*:** Consumo de sustancias.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Según el gráfico que reúne los datos de la frecuencia del consumo de sustancias en las personas del grupo encuestado, se observa que un 24% de ellas consume alcohol y un 15,5% tiene hábito tabáquico de forma periódica.

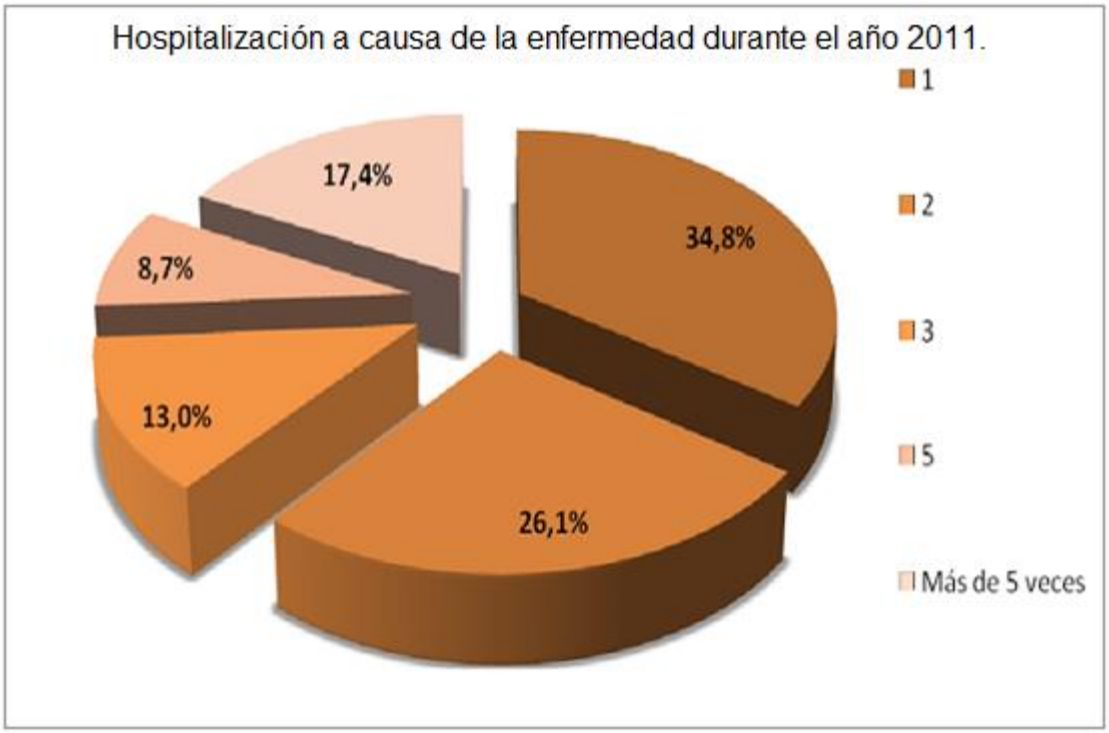
***4.1.3.3 GRÁFICO N° 18*:** Asistencia a control oftalmológico durante el año 2011.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Un 60% de los encuestados reconoció haber asistido a control oftalmológico el año 2011.

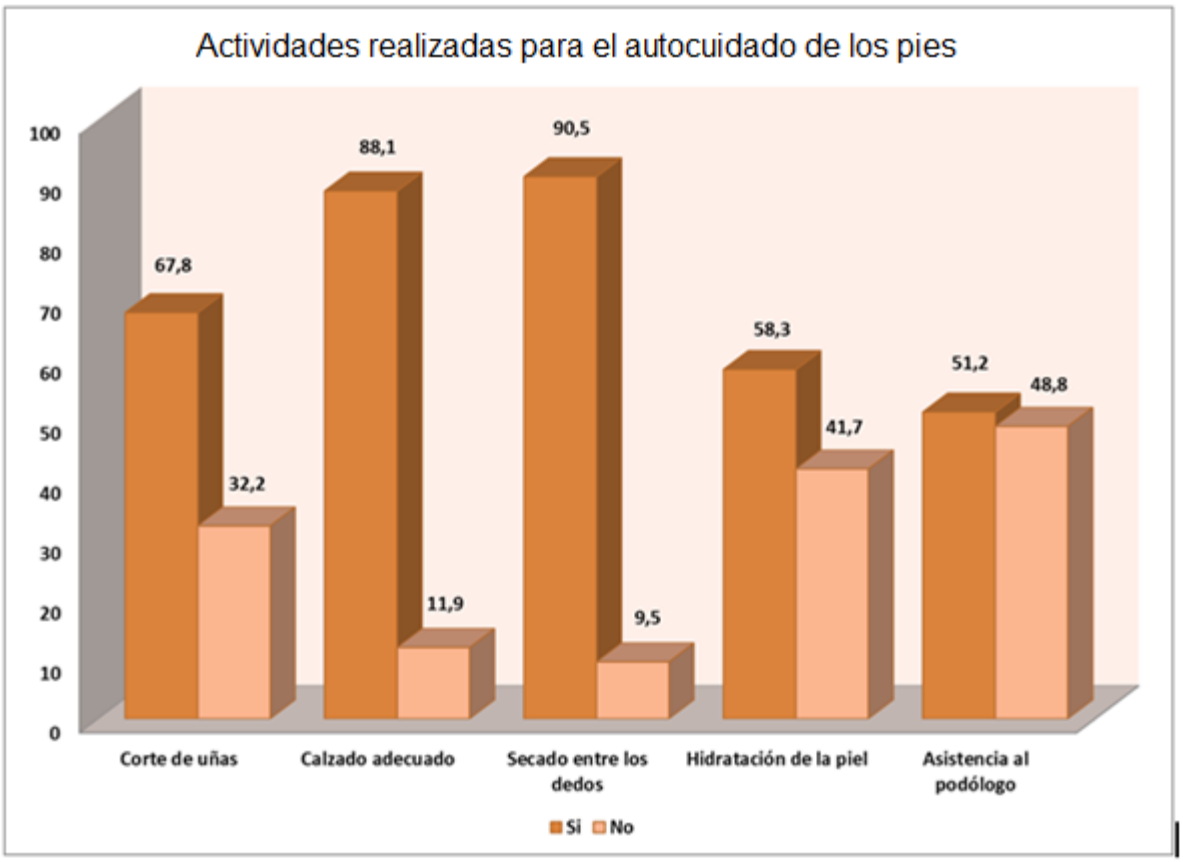
***4.1.3.4 GRÁFICO N° 19*:** Hospitalización a causa de la enfermedad durante el año 2011.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

Se observa referente a las personas hospitalizadas por causas o complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 durante el año 2011, que, un 34,8% ha estado hospitalizado una vez y un 26,1% ha estado hospitalizado al menos dos veces.

***4.1.3.5 GRÁFICO N° 20*:** Actividades realizadas para el autocuidado de los pies.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

En cuanto a la realización de actividades para el autocuidado de los pies en las personas encuestadas, destaca que, un 90,5% refirió realizar "secado entre los dedos de los pies", seguido de un 88,1% que manifestó utilizar un "calzado adecuado", y un 67,8% señaló realizar el "corte de uñas en línea recta"

4.1.4 TABLAS DE CONTINGENCIA

***4.1.4.1 TABLA N° 1*:** Frecuencia del consumo de medicamentos relacionado con sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Frecuencia del consumo de medicamentos	Siempre	Frecuencia	40	34	74
		%	95,20%	82,90%	89,20%
	A veces	Frecuencia	2	5	7
		%	4,80%	12,20%	8,40%
	Nunca	Frecuencia	0	2	2
		%	0,00%	4,90%	2,40%
Total		Frecuencia	42	41	83
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

Por medio de la tabla, es posible observar que quienes muestran mayor frecuencia de toma de los medicamentos corresponden a las mujeres del grupo encuestado, las que refieren en un 95,2% realizar siempre la toma de medicamentos. En los hombres, la frecuencia de toma de medicamentos es un tanto menor en relación a las mujeres, llegando a un 82,9% de los casos de hombres encuestados que refieren tomar siempre los medicamentos.

***4.1.4.2 TABLA N°2*:** Cumplimiento del régimen nutricional según nivel educacional

		Nivel educacional						Total
		Básica Incompleta	Básica Completa	Media Incompleta	Media Completa	Superior Incompleta	Superior Completa	
Cumplimiento del régimen nutricional	Frecuencia	33	7	6	6	2	6	60
	%	78,6%	70,0%	50,0%	75,0%	50,0%	75,0%	71,4%
	Frecuencia	9	3	6	2	2	2	24
	%	21,4%	30,0%	50,0%	25,0%	50,0%	25,0%	28,6%
Total	Frecuencia	42	10	12	8	4	8	84
	%	100,0%	100,0%	100,00%	100,0 %	100,0%	100,0%	100,%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

El 71,4% del total de personas encuestadas refieren cumplir con el régimen alimenticio indicado por la nutricionista y el 28,6% no cumple con las indicaciones, observándose que dentro del porcentaje que no lo cumple, se encuentran usuarios de todos los niveles educacionales considerados, siendo más frecuente en usuarios con nivel educacional básico incompleto.

***4.1.4.3 TABLA N° 3*:** Presencia de complicaciones según asistencia a controles de salud

			Asistencia a controles de salud				Total
			Siempre	Regularmente	Nunca	No está en control	
Presencia de complicaciones relacionado a Diabetes	Si	Frecuencia	58	9	1	3	71
		%	85,3%	90,0%	10,0%	75,0%	85,5%
	No	Frecuencia	10	1	0	1	12
		%	14,7%	10,0%	0,0%	25,0%	14,5%
Total		Frecuencia	68	10	1	4	83
		%	100,0%	100,0%	10,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

Se puede observar que 58 personas (85.3%) refieren haber presentado complicaciones de la diabetes y asistir siempre a controles. Mientras que 9 (90%) personas que si asisten "regularmente" a sus controles de salud han presentado complicaciones.

***4.1.4.4 TABLA N° 4*:** Medicamentos utilizados asociado a frecuencia de consumo de fármacos

			Frecuencia de consumo de fármacos indicados por el médico			
			Siempre	A veces	Nunca	Total
Medicamentos utilizados para la patología	Hipoglucemiantes orales	Frecuencia	36	3	2	41
		%	48,6%	42,9%	100,0%	49,4%
	Inyectables (insulina)	Frecuencia	21	2	0	23
		%	28,4%	28,6%	0,0%	27,7%
	Ambos	Frecuencia	17	2	0	19
		%	23,0%	28,6%	0,0%	22,9%
Total		Frecuencia	74	7	2	83
		%	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

De las personas del grupo encuestado que refieren tomarse siempre los medicamentos indicados por el médico, un 48,6% utiliza hipoglucemiantes orales, un 28,4% utiliza inyectables como la insulina y un 23 % utiliza ambos.

***4.1.4.5 TABLA N° 5*:** Presencia de complicaciones según edad

			Edad					
			15 - 24 años	35 - 44 años	45 - 54 años	55- 64 años	65 - 74 años	Mayor de 75 años
Presencia de complicaciones	Si	Frecuencia	1	6	6	16	27	15
		%	100,0%	75,0%	75,0%	84,2%	84,4%	100,0%
	No	Frecuencia	0	2	2	3	5	0
		%	0,0%	25,0%	25,0%	15,8%	15,6%	0,0%
Total		Frecuencia	1	8	8	19	32	15
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

Se observa que la incidencia de complicaciones es directamente proporcional con el aumento de la edad de los encuestados, ya que a partir del grupo de 55 años hay un número considerable de personas que padecen complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2.

4.1.4.6TABLA N° 6:Complicaciones cardiovasculares presentadas según información recibida acerca de las complicaciones

			Información obtenida acerca de las complicaciones	
			Si	No
Complicaciones que ha presentado respecto a la diabetes mellitus tipo 2	Si	Recuento	43	10
			66,2%	55,6%
	No	Recuento	22	8
			33,8%	44,4%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

Se evidencia que un 66,2% del total de los pacientes en estudio, que han recibido información de las complicaciones que pueden desarrollar con la DM2, han

desarrollado complicaciones cardiovasculares, contrastado con un 55,6% de pacientes que no ha recibido la información antes mencionada y también presentan las mismas complicaciones.

***4.1.4.7 TABLA N° 7*:** Cantidad de hospitalizaciones según Asistencia a controles de salud

			Asistencia a controles de salud				Total
			Siempre	Regular-mente	Nunca	No está en control	
Cantidad de hospitalizaciones	1	Frecuencia	7	1	0	0	8
		%	36,8%	50,0%	0,0%	0,0%	34,8%
	2	Frecuencia	5	0	1	0	6
		%	26,3%	0,0%	100,0%	0,0%	26,1%
	3	Frecuencia	2	0	0	1	3
		%	10,5%	0,0%	0,0%	100,0%	13,0%
	5	Frecuencia	2	0	0	0	2
		%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%
	>5 veces	Frecuencia	3	1	0	0	4
		%	15,8%	50,0%	0,0%	0,0%	17,4%
Total		Frecuencia	19	2	1	1	23
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

Según lo que se evidencia, de un total de 84 encuestados, el 26,30% (5 personas) que refieren asistir siempre a los controles ha estado hospitalizado 2 veces por alguna complicación de la patología durante el año 2011 y un 15,8% (3 personas), refiere haber estado hospitalizado más de 5 veces por una complicación de la diabetes mellitus tipo 2 durante el mismo año.

V.CAPÍTULO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Conforme a los resultados del estudio, es posible determinar que el perfil de la persona diabética hospitalizada mayor de 15 años, se compone por personas de entre 65 y 74 años de edad (39,3%), de sexo femenino (51%), y con estado civil casado (53,6%). Al contrastar dicha información con la realidad nacional(MINSAL, 2009-2010), se puede observar que, los datos obtenidos reflejan un considerable aumento de la patología diabética en ambos sexos por sobre los 65 años, existiendo mayor prevalencia en el sexo femenino, de forma similar a la prevalencia femenina nacional (10,4%), la que por dos puntos porcentuales es superior al sexo masculino. La misma realidad local constata de forma similar este panorama ya que, según lo informado por Servicio de Salud Aconcagua a través de los censos semestrales, en la provincia existe una mayor prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en el sexo femenino (SSA, 2012).

El tipo de familia al que pertenecen las personas diabéticas hospitalizadas, corresponde a familias de tipo nuclear (53%), reflejo de lo cual un 23,8% vive junto a dos personas *(ver anexos, gráfico n°1)*. Analíticamente esto resultar ser un factor protector, por medio del apoyo y participación activa que es brindado por la familia hacia el cuidado y tratamiento de la persona con diabetes (Ortiz M. , Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011).

Referente al nivel educacional se observó que las personas encuestadas contaban con un bajo nivel educacional en más de la mitad de los casos, lo que se condice con las cifras nacionales que dan cuenta que un 20,5% de la población chilena con diabetes tiene una baja escolaridad (MINSAL, 2009-2010). Esto permite valorar la influencia que tiene este aspecto en la adquisición de conocimientos de autocuidado que contribuya a mantener la patología

compensada en términos de un adecuado control metabólico (Ortiz M. , Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011). Al mismo tiempo, se evidencia que parte importante de las personas diabéticas hospitalizadas poseen algún familiar directo con diabetes tipo 2 (52%), en relación a esto, el plano nacional (MINSAL, 2009-2010) indica que entre quienes presentan diabetes, 30,1% refieren tener un familiar directo con la enfermedad, lo cual constituye un factor de riesgo mayor y condicionante para presentar la patología en relación a la herencia. Acerca de los años de evolución de la patología, las personas hospitalizadas tienen una data de evolución en la que se observa llevan, diez o más años cursando la patología diabética (44%).

En cuanto a la actividad laboral, el 52% son personas jubiladas, a raíz de lo mismo, dentro de los datos obtenidos se observa que el ingreso familiar de la persona diabética hospitalizada se encuentra dentro del cuarto quintil (28,4%), esto debido a su condición de jubilado/a y el hecho de vivir principalmente con dos personas. Sin embargo un porcentaje no menor de las personas encuestadas (31%), son trabajadores activos, lo que en su condición de hospitalizado/a puede repercutir en la situación laboral pudiendo verse afectado el ingreso familiar (García & García, 2005).

En relación a la previsión de salud, los encuestados pertenecen a FONASA (94%) siendo la cobertura nacional de 13,3 millones de asegurados, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares ni enfermedades preexistentes (MINSAL, 2012).

En la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas con diabetes mellitus encuestadas, se demuestra que el 89% refiere tomar “siempre” los medicamentos indicados por el médico, lo que permite valorar en este aspecto, que la mayoría de las personas encuestadas adhiere de manera correcta al

tratamiento farmacológico, sin embargo, existe la posibilidad de sesgo en esta pregunta, dado que la redacción de esta lleva a que la persona encuestada responda de manera afirmativa, significando que el encuestado, no esté completamente consciente de su respuesta.

Estudios han demostrado que son diversas las razones que influyen en la falta de adherencia, algunas de las cuales, son consecuencias de actos involuntarios ya sea por olvidos o confusiones, no obstante es también la persona quien puede dejar de tomar la medicación voluntariamente, por temor a las reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin cumplir a cabalidad el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, entre otras (Hoyos, Arteaga, & Muñoz, 2011) .

La mayoría de las personas encuestadas utiliza como tratamiento farmacológico hipoglicemiantes orales (48,6%) siendo menor la cantidad de personas que utilizan inyectables como la insulina o ambas formas de medicación. De acuerdo a la realidad nacional, el 4,3% de la población chilena mayor de 15 años con diabetes mellitus, refiere estar tomando medicamentos orales para la diabetes, mientras que un 0,64% señala utilizar insulina (MINSAL, 2009-2010), por lo tanto existente resultados concordantes de este estudio frente a las cifras nacionales.

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento no farmacológico de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 encuestadas, queda demostrado por medio del análisis descriptivo que alrededor del 50% de estas personas no cumple con el régimen indicado por la nutricionista, existiendo un consumo importante de alimentos tales como: bebidas gaseosas, golosinas y dulces, sin autorestricción.

Bajo el mismo contexto se evidencia que aproximadamente el 60% de las personas no realiza actividad física.

Un estudio realizado en Colombia acerca de la frecuencia de realización de algunas conductas de riesgo para la adherencia al tratamiento no farmacológico, señala que un 43% de las personas diabéticas no realizaba ejercicio físico(Villegas, Abad, Faciolince, Hernández, Maya, & Parra, 2006), mientras tanto un estudio realizado a nivel nacional acerca de la adherencia (Ortiz & Ortiz, 2005), afirma que la mitad de los pacientes diabéticos no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida. Por tanto en base a los resultados contrastados con otros estudios y de acuerdo a los resultados obtenidos se observa que existe un número considerable de personas que no se adhieren al tratamiento no farmacológico de forma adecuada.

Entre las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2, se puede observar una supremacía de las enfermedades cardiovasculares (63,9%), donde la hipertensión arterial se configura como una de las principales, coexistiendo con otros factores de riesgo como: edad, sexo, antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en un familiar directo (51%) *(Ver anexo 5 gráfico n°2),* hábito tabáquico, y sedentarismo (57,2%), esto sin dejar de mencionar que la patología diabética otorga por sí misma un factor de riesgo independiente. Por lo tanto la aparición de complicaciones cardiovasculares se relaciona con los factores de riesgo presentes, generando por medio de una relación directamente proporcional, la aparición y progreso de las mismas. De tal forma, es fundamental controlar en forma global los factores de riesgo de la diabetes, por ende es esencial promover los años de vida saludable de la persona con diabetes para retrasar la aparición de complicaciones cardiovasculares y con ello descender el riesgo de enfermedad coronaria (Asociación Americana de Diabetes, 2012). Es así como los hábitos de autocuidado evidenciados en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico permiten llevar estilos de vida saludables para retrasar la aparición

de complicaciones en la persona con diabetes. (Sabag-Ruiz, Álvarez , & Celiz-Zepeda, 2006).

Al analizar la presencia de complicaciones producidas por la diabetes, según la asistencia controles de salud, no se logra establecer una relación, debido a que se observa que un número no menor de personas (85.3%) presenta complicaciones a causa de la diabetes y refiere asistir siempre a dichos controles; frente esto, adquieren relevancia las recomendaciones entregadas a partir del equipo de salud en cada control, por medio de las cuales se refuerza la adquisición de conductas saludables que guíen de manera conjunta a la adherencia en los controles de salud y a la prevención de las complicaciones de la enfermedad.

Este estudio reflejó que la presencia de complicaciones no guarda relación respecto a la recepción de información acerca de la enfermedad, hecho que se contrapone con un estudio realizado acerca de la importancia del conocimiento sobre diabetes mellitus para el autocuidado, donde se evidenció que el bajo nivel de información sobre la enfermedad, dificulta el proceso de aprendizaje, perjudicando la prevención, diagnóstico precoz y aumentando la predisposición para otras complicaciones. Según la Teoría de autocuidado de Dorothea Orem, el conocimiento es un factor importante para la realización de éste, sin embargo, este no tiene significancia si la persona no interioriza los conocimientos entregados y más aún no los practica, lo que lleva a comprender que existen otras causas que alejan a la persona de poseer un adecuado autocuidado.

Tal como se menciona anteriormente, un factor que interfiere en el autocuidado de la persona con diabetes es el nivel educacional, frente a lo cual, estudios revelan que los sujetos con niveles de escolaridad más elevados poseen una mejor capacidad de autocuidado (Scielo, 2010), lo que se corrobora en los

resultados de este estudio, ya que la mayor parte de los encuestados posee un nivel educacional bajo y medidas de autocuidado deficientes como el consumo periódico de alcohol y tabaco (*Ver anexo 5 tablas de contingencia n°10 y n°11*) . Del mismo modo, el tiempo de evolución de la patología, al igual que el grupo etareo al que pertenece la persona, se configuran como un factor que influye en la capacidad de autocuidado de la misma, debido a las tareas propias del ciclo vital individual en que se encuentre.

En relación a la frecuencia del consumo de sustancias por parte de las personas encuestadas, se evidencia que aproximadamente un 25% de ellas consume alcohol y tabaco de forma periódica, situaciones que elevan el riesgo de padecer hipoglicemia e implican un riesgo vital. Por tanto es indispensable que la persona con diabetes mellitus posea conocimientos suficientes con respecto a la incompatibilidad que existe entre el consumo de sustancias y su patología, los que además de ser hábitos poco saludables, pueden desencadenar complicaciones futuras de carácter irreversible para la vida.

Es posible prevenir la aparición de complicaciones tardías de las extremidades inferiores a partir del autocuidado. El pie diabético, es una de las complicaciones que más se presenta si se considera que alrededor de un 15% de las personas con diabetes ha presentado ulceraciones a lo largo de la vida, siendo una de las causales de mayor número de hospitalizaciones (MINSAL, 2006). En el presente estudio esta cifra se ve aumentada, ya que un 25% de los encuestados reconoce haber presentado alguna vez dicha complicación. En tanto, la realidad nacional indica que, alrededor de un 6,7% de los diabéticos ha debido consultar a un profesional durante el último año a raíz de pie diabético, mientras que un 10,39% de mayores de 65 años presentan actualmente alteraciones en la circulación periférica (MINSAL, 2011), lo que lleva a comprender lo fundamental de continuar y reforzar la educación acerca del autocuidado de los pies en cada persona diabética. Según este estudio las principales medidas de autocuidado

adquiridas por las personas encuestadas, son el apropiado secado de los pies y el uso de calzado adecuado.

Es indispensable conocer aquellos factores que impiden que las personas con diabetes mellitus tipo 2 mantengan una adecuada adherencia y medidas de autocuidado, para que en el futuro se pueda intervenir estratégicamente educando a la población que se encuentra descompensada. Es labor del equipo multidisciplinario y principalmente del profesional de enfermería fomentar y fortalecer la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes mellitus mediante la implementación de estrategias educacionales innovadoras, que posibiliten la adquisición de conocimientos y desarrollo de actitudes para el manejo del tratamiento, prolongar los años de vida saludables a fin de obtener un buen control metabólico y compensación que logre disminuir el padecimiento de complicaciones.

5.2 RECOMENDACIONES

En consideración al desarrollo de la presente investigación y en base a los resultados obtenidos, se recomienda:

- ✓ Realizar estudios que permitan investigar acerca de la prevalencia de personas diabéticas hospitalizadas, ya que no existen investigaciones al respecto en el ámbito nacional y local. Esto permitiría ampliar y generalizar dichos resultados al resto de la población con la finalidad de obtener un perfil determinado y extrapolable.

- ✓ Realizar estudios similares con la población de personas diabéticas hospitalizadas, con muestras que permitan ahondar sobre las medidas de autocuidado y de adherencia al tratamiento.

- ✓ Planificar estrategias de prevención y promoción dirigidas a personas diabéticas en base al conocimiento de las características de perfil que presentan dichas personas.

- ✓ Que el equipo de salud multidisciplinario refuerce la entrega de conocimientos a los usuarios a fin de proporcionar información con respecto a la importancia de la adherencia al tratamiento y el autocuidado.

- ✓ Reforzar la entrega de atención integral en la persona diabética la obtención de un mayor impacto en aspectos de tipo psicológicos, creencias, costumbres, componente cultural, a fin de lograr una influencia positiva en la adherencia al tratamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. (2002). Standard of medical care for patients with diabetes Mellitus. *American Diabetes Association* .

Araneda, M. M. (2009). Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una Perspectiva Psicológica. *Revista Chilena de Pediatría.*

Arcega Dominguez, A., Lara Muñoz, C., & Ponce De León Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Rev. Invest. Clín* .

Arno, G. (2004). Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2.

Asociación Americana de Diabetes. (2012). Estándares para la atención médica de la diabetes. 34.

Assael, V. N. (2009). Prevalencia de Diabetes Mellitus, causas de hospitalización y factores asociados a morbimortalidad en un servicio de medicina interna. *Revista Chilena de endocrinología y diabetes* .

Avila Alpirez, H., Meza Guevara, S., Frías Reyna, B., Sánchez Andrade, E., Vega Alanís, C., & Hernández Saldivar, M. A. (2006). Intervención de Enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cultural de los Cuidados* , 141.

Cabrera-Morón, R., Quijandría, I. M., Rodríguez-Robladillo, C., & Velásquez-Carranza, D. (2010). Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chinchaa. *Revista de Enfermería Herediana* , 29-36.

Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista española de cardiología* , 528- 538.

de los Ríos Castillo, J. L., Sánchez Sosa, J. J., Barrios Santiago, P., & Ávila Rojas, T. L. (2005). Calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética. *Investigación y Educación en Enfermería* .

Díaz, A., Márquez, C., & Sabido, S. (2007). Factores asociados al auto- cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar* , 99-107.

García, M., & García, R. (2005). Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Rev Cubana Endocrinología* .

Hoyos, Arteaga, & Muñoz. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *InvestEducnferm* , 194-203.

Huerta, M. F. (2008). La familia y la educación como influencia positiva en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. *Escuela de Salud Pública* .

INE. (2004). Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País. *Gobierno de Chie* .

López, M. A., Matos, N. L., & Reinaldo. (2002). Retinopatía Diabética. Su impacto en la calidad de vida biopsicosocial. *Centro de atención al Diabético* .

Marriner Tomey, A., & Raile Alligod, M. (2007). Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. En A. M. Tomey, *Modelo y Teorías en Enfermería* (págs. 175-191). España: Elsevier.

Martínez, B., & Loaíza, M. (2008). Nivel de Conocimientos del diabético sobre su autocuidado. *Enfermería Global* , 1-13.

McFarland, M., & Leininger, M. (2007). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En A. Marrier, & M. Paile, *Modelos y teorías en enfermería* (pág. 472). Madrid: Elsevier.

Mejía, B. L. (2006). Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista IEE* .

Membreño Mann, J. P. (2005). Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* .

MINSAL. (2010). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011-2020. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2012). *Fonasa*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2012, de http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/Internet/SA-General/Informacion+Corporativa/

MINSAL. (2010). Guía Clínica Ges Diabetes Mellitus. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2002). Implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2006). Norma clínica : Manejo Integral del Pié Diabético. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2011). Objetivos Sanitarios 2011- 2020. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2011). Orientaciones Generales Metas Sanitarias Ley 19.813 para el Año 2012. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2011). Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) Situación Epidemiológica de las ENT en Chile. *Gobierno de Chile* .

MINSAL. (2011). Vigilancia de Diabetes Mellitus tipo 2. Reporte Nacional. *Gobierno de Chile* .

Morales, A., Pozo, C., Quilodrán, J., Moglia, S., & Kaempffer, A. (2006). Perfil sociodemográfico y de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos de un consultorio urbano. *Rev. Chilena de Salud Pública* , 130-138.

Mosquera Vásquez, A. N., Alayón, & Mario. (2008). Adherencia al Tratamiento basado en comportamientos de Pacientes Diabéticos Cartagenas de Indias, Colombia. *Revista de Salud Pública* , 777-787.

Novik, V. (2006). Prevalencia de Diabetes Mellitus, causas de hospitalizacion y factores asociados a morbimortalidad en un servicio de medicina interna.

OMS. (2011). Día Mundial de la Diabetes: una enfermedad que aumenta en las Américas.

OMS. (2011). Diabetes. *Organizacion Mundial de la Salud* .

OPS. (2001). La Diabetes en Las Américas . *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud* .

OPS, & OMS. (2004). Adherencia a los Tratamientos a largo plazo: Claves para la Acción. *Diabetes* .

OPS, O. P. (2012). Mejora de los cuidados crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud. *OPS* .

Ortiz. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo I chilenos: una aproximación psicológica. *Rev Med Chile* , 133.

Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adhrencia terapéutica. *Rev Méd Chile* , 647-652.

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica* , 5-11.

Orueta Sánchez, R. (2005). Estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* .

Peyrot, M., Rubin, R., Lauritzen, T., Skovlund, S., Snoek, F., & Matthewa, D. (2005). La resistencia al tratamiento con insulina entre pacientes y proveedores: Los resultados de la cruz - Actitudes nacionales de diabetes, deseos y necesidades (DAWN) estudio. *Diabetes Care* .

Pinto, N. (2000). El reto de los cuidadores familiares: cuidadores de personas en situación crónica de enfermedad. 183.

Quiros Morales, D., & Villalobos Perez, A. (2007). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Univ. Psychol* .

Romero, I., dos Santos, M. A., Aparecida, T., & Zanetti, M. L. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Americana de Enfermería* .

Sabag-Ruiz, E., Álvarez , F., & Celiz-Zepeda, S. (2006). Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. *RevMedInstMex* , 415-421.

Scielo. (Noviembre - Diciembre de 2010). *Scielo.* Recuperado el noviembre-diciembre de 2010, de www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf

SSA. (2012). Censo Semestral.

UdelaR. (2010). Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 . *Arch Med Interna* .

Urzúa, A. (2008). Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. *Ter. Psicológica* .

Villegas, A., Abad, S., Faciolince, S., Hernández, N., Maya, C., & Parra, L. (2006). El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001-2003. *Rev Panam Salud Pública* .

Zelaya, D., & Erazo Trimarchi, G. (2007). Frecuencia de neuropatía diabética y sus factores de riesgo en un grupo de pacientes de la Clínica del Diabético del Hospital General San Felipe. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH* .

ANEXOS

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hosp. San Juan de Dios – Los Andes.

Hosp. San Camilo – San Felipe.

Servicio de Medicin ____de_____de 2012.

Estimado Sr/Sra/Srta:

A través de este documento nos dirigimos a usted para informarle y solicitar su consentimiento para participar de un trabajo de Investigación denominado *"Perfil, medidas de auto-cuidado y adherencia al tratamiento de las personas mayores de 15 años con diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizadas en los servicios de medicina de los hospitales San Camilo de San Felipe y San Juan de Dios de Los Andes"*, a realizarse por alumnos de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso - Campus San Felipe.

El propósito de esta investigación, permitirá identificar las características de las personas que llegan a hospitalizarse con dicha enfermedad, así como conocer las medidas de autocuidado y adherencia al tratamiento.

La participación es totalmente voluntaria, para lo cual se le pide responder un cuestionario anónimo que recopilará la información necesaria y que será aplicado durante su estadía hospitalaria; pudiendo decidir usted mismo/a si no quisiera seguir respondiendo las preguntas. Dicha información no será comercializada ni usada para fines ajenos a este estudio y es de carácter confidencial; será recogida directamente por los investigadores (alumnos de enfermería debidamente identificados).

No existen riesgos asociados a su participación, los beneficios que usted recibirá no serán inmediatos ni directos sin embargo, a largo plazo la información obtenida será útil para que el equipo de salud tenga a disposición mayor información sobre medidas preventivas y tratamientos que podrían conducir a un mejor manejo de esta enfermedad. Tampoco existirá un costo ni algún tipo de remuneración por participar del estudio.

ACLARACIONES:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntario
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cuál será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio será utilizada para nuestro trabajo como proceso de aprendizaje y será mantenida en estricta confidencialidad por el investigador.
- La información de éste estudio podrá ser publicada o utilizada con fines científicos.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento informado que se adjunta a éste documento.

Por último y junto con agradecer su elección a participar se le solicita responder todos los ítems de preguntas. En caso de tener alguna duda, puede plantearla directamente a los investigadores que aplicarán el cuestionario para su debida aclaración.

Si Ud. desea obtener mayor información acerca del tema, puede comunicarse al siguiente número telefónico: **78659505.**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: PERFIL, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 HOSPITALIZADAS.

Yo, _____he leído y comprendido la información anterior y mis dudas han sido aclaradas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar libremente en este estudio de investigación, del que puedo retirarme en el momento que estime conveniente sin consecuencias desfavorables.

Recibiré una copia firmada y fechada de éste documento.

_____ _____

Firma del Participante Fecha

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL INVESTIGADOR:

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; como también acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas de las personas en la medida de lo posible y le he preguntado si tiene alguna duda.

_____

GRUPO TESIS- N° TELEFONICO: 78659505

ANEXO N°2: CARTAS DE AUTORIZACIÓN

CARTA AUTORIZACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Los Andes, _____2012.

Autorización

Yo_____Director (a) del Hospital San Juan de Dios, autorizo a los alumnos del grupo de tesis (*Silvia Carmona rut: 17.243.164 –K, Sebastián Carrasco rut: 17.468.990-3, Michael Díazrut: 16.967.682-8, Constanza López rut: 17.690.914-5, Juan Pablo Martínez rut: 17.030.368-7, Carolina Ochoa rut: 17.163.742-2, Axel Ortega rut: 17.468.284-k y Ángela Peña rut: 17.166.551-5* pertenecientes a la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso- Campus San Felipe, a cargo de la docente guía: Sra. Bruna Espinoza Fernández, a que realicen la aplicación del instrumento en el servicio de medicina, para la obtención de datos que comprende la realización de su tesis titulada: **"Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento de personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2",** en el mes de julio de 2012.

Atentamente,

_____

Nombre y firma director.

CARTA HOSPITAL SAN CAMILO

San Felipe, _____2012.

Autorización

Yo_____Director (a) del Hospital San Camilo, autorizo a los alumnos del grupo de tesis (*Silvia Carmona rut: 17.243.164 –K, Sebastián Carrasco rut: 17.468.990-3, Michael Díazrut: 16.967.682-8, Constanza López rut: 17.690.914-5, Juan Pablo Martínez rut: 17.030.368-7, Carolina Ochoa rut: 17.163.742-2, Axel Ortega rut: 17.468.284-k y Ángela Peña rut: 17.166.551-5* pertenecientes a la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso- Campus San Felipe, a cargo de la docente guía: Sra. Bruna Espinoza Fernández, a que realicen la aplicación del instrumento en el servicio de medicina, para la obtención de datos que comprende la realización de su tesis titulada: **"Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento de personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2",** en el mes de julio de 2012.

Atentamente,

_____

Nombre y firma director.

ANEXO N° 3:INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizadas.

Nombre de quien aplica el instrumento: _____.

Este cuestionario forma parte de un estudio orientado a determinar el perfil, las medidas de autocuidado y la adherencia al tratamiento de los personas mayores de 15 años hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2; el cual será aplicado por estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.

Para llevar a cabo este proceso, se requiere de su cooperación, disposición y sinceridad para responder las preguntas descritas a continuación.

- ✓ Instrucciones:
  - Este cuestionario consta de 29 preguntas.
  - Para contestar marque la respuesta con una X en el espacio correspondiente.
  - El documento es de carácter confidencial y toda la información entregada, así como también su identidad será resguardada.

Marque con una X su respuesta:

1.-Sexo: (1) Femenino ☐
(2) Masculino ☐

2.-Edad: años_____

(1) Si tiene entre 15 - 24 años ☐
(2) Si tiene entre 25 – 34 años ☐
(3) Si tiene entre 35 – 44 años ☐
(4) Si tiene entre 45 - 54 años ☐
(5) Si tiene entre 55 – 64 años ☐
(6) Si tiene entre 65 – 74 años ☐
(7) Si tiene 75 años o más ☐

3.-Estado civil:

(1) Soltero ☐
(2) Conviviente ☐
(3) Casado ☐
(4) Separado ☐
(5) Viudo ☐

4.-Vive con:

(1) Solo ☐
(2) Pareja ☐
(3) Hijos ☐
(4) Pareja + Hijos ☐
(5) Otros ☐ (5 - a) especificar _____

5.-Cantidad total de personas con quienes vive (si vive solo no contestar):

(1) 1
(2) 2
(3) 3
(4) 4
(5) Otros (5 – a) especificar _____

6.- ¿Posee algún familiar directo (abuelos – padres- hermanos) que tengan o hayan tenido diabetes mellitus tipo 2?

(1) Si
(2) No
(3) No sé

7.-<u>Nivel educacional:</u>

(1) Básica incompleta
(2) Básica completa
(3) Media incompleta
(4) Media completa
(5) Superior incompleta
(6) Superior completa

8.-<u>Actividad laboral:</u>

(1) Trabajador
(2) Dueña/o de Casa
(3) Jubilado / Pensionado
(4) No trabaja
(5) Cesante

9.-Ingreso familiar:

Ingreso familiar total $ _____

Clasificación de quintiles realizada por examinador	
(1)	1° quintil (<$ 61.911.)
(2)	2° quintil ($ 61.912 - $105.907)
(3)	3° quintil ($105.908 - $167.879)
(4)	4° quintil ($167.880 a $300.869)
(5)	5° quintil (>$300.870)

10.-Previsión de Salud:

(1) Sin previsión
(2) FONASA
(3) ISAPRE
(4) Particular
(5) Otros

11.- ¿Usted evita la ocurrencia de accidentes que pueden significar un riesgo para su salud? Marque con una X:

(1) (2)

SI	NO	
		(a)Quemaduras
		(b) Heridas Cortantes
		(c) Caídas

12.- ¿Consume alguna de las siguientes sustancias? (Marque con una X).

Sustancia	(1) Nunca	(2) Mensual (Al menos una vez al mes)	(3) Semanal (Al menos una vez a la semana)	(4) Diario
(a) Alcohol				
(b) Cigarro				
(c) Drogas				
(d) Otras				

13.- ¿Asistió Ud. a control oftalmológico "oculista" durante el último año (2011)?

(1) Si ☐
(2) No ☐

14.- ¿Realiza actividades para el cuidado de sus pies? Marque con una X

(1)		Corte de uñas en línea recta
(2)		Uso de calzado adecuado
(3)		Secado entre los dedos después de cada lavado.
(4)		Hidratación de la piel (vaselina, crema, etc.)
(5)		Asistencia a podólogo

15.- ¿Qué medicamentos utiliza para el control de su enfermedad?

(1)		Hipoglicemiantes Orales (pastillas)
(2)		Inyectables (insulina)

16.- ¿Con que frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?

(1) Siempre
(2) A veces
(3) Nunca

17.- ¿Sabe usted qué tipo de régimen debe seguir?

(1) Si
(2) No

18 .- ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?

(1) Si
(2) No

19 .- ¿Con que frecuencia cumple el régimen de acuerdo a lo que le indica la nutricionista? Marque con una X su respuesta.

(1)		Siempre
(2)		A veces
(3)		Nunca

20 .-Marque con una **X** de los siguientes alimentos cuáles consume:

(1)		Bebidas azucaradas o gaseosas
(2)		Dulces (pasteles, tortas, etc.)
(3)		Golosinas

21.- ¿Con qué frecuencia los consume? Marque con una X

(1)		Siempre
(2)		A veces
(3)		Nunca

22.- ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico?

(1)		Siempre (3 o más veces por semana)
(2)		Regularmente (1 a 2 veces por semana)
(3)		Nunca

23.- ¿Asiste a los controles de salud fijados?

(1)		Siempre
(2)		Regularmente
(3)		Nunca
(4)		No está en control

24.- ¿Hace cuántos años usted es diabético?

(1)		Menos de 2 años
(2)		2 a 5 años
(3)		5 a 10 años
(4)		Más de 10 años

25.- ¿Ha recibido información acerca de su enfermedad?

(1) Si
(2) No

(1 –a) ¿De dónde la obtuvo? _____

26.- ¿Ha recibido información acerca de las complicaciones que puede desarrollar con su enfermedad?

(1) Si
(2) No

(1- a) ¿De dónde la obtuvo?_____

27.- ¿Ha presentado complicaciones relacionadas a la diabetes?

(1) Si
(2) No

28.-Marque con una X las complicaciones que ha presentado respecto a su enfermedad (si procede)

(1)		Hiperglicemia
(2)		Pie diabético
(3)		Alteración y/ o perdida de la visión (retinopatía)
(4)		Problemas renales (nefropatía, insuficiencia renal).
(5)		Cardiovasculares (Hipertensión, accidente cerebro vascular, infarto agudo al miocardio)

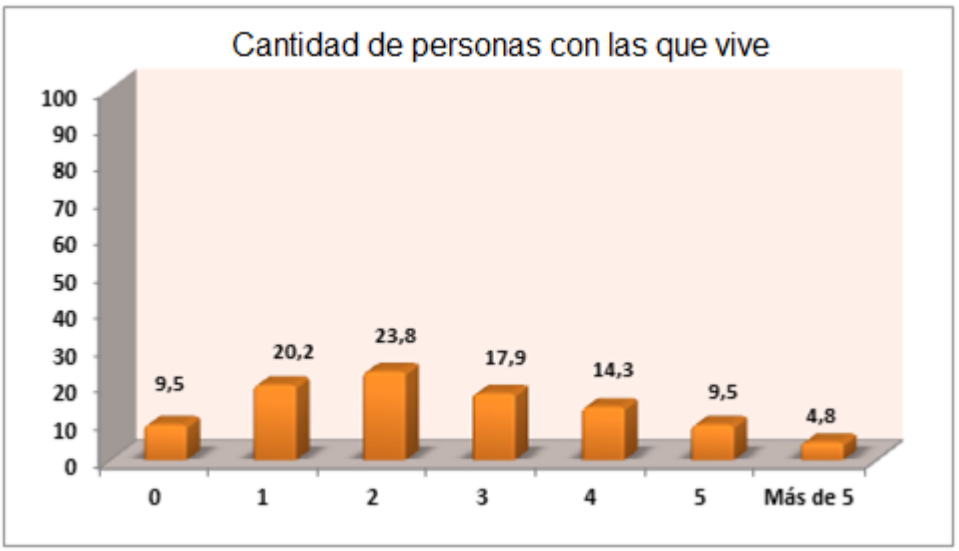
29.- ¿Ha estado hospitalizado en el último año 2011 por complicación o causa de la diabetes?

(1) Si
(2) No

(1-a) ¿Cuántas veces? _____

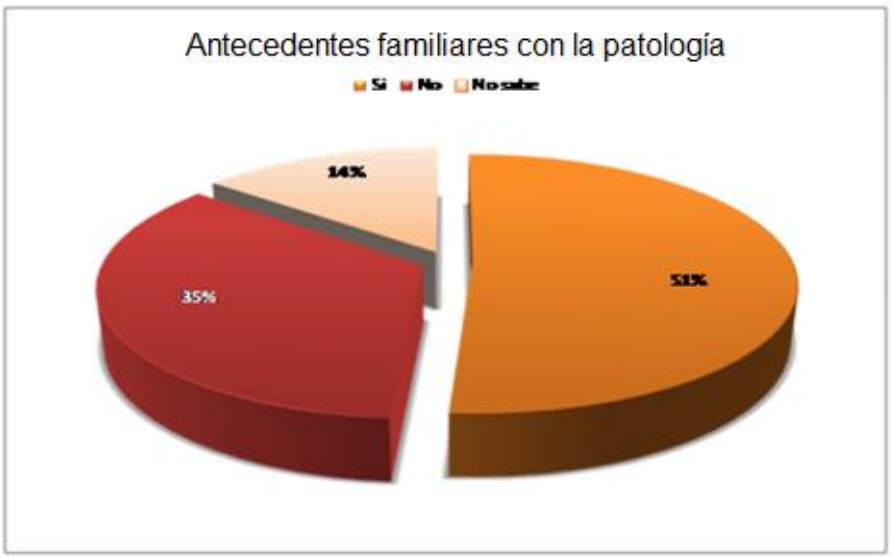
ANEXO N°4: GRÁFICOS

***GRÁFICO N°1*:** Cantidad de personas con las que vive.



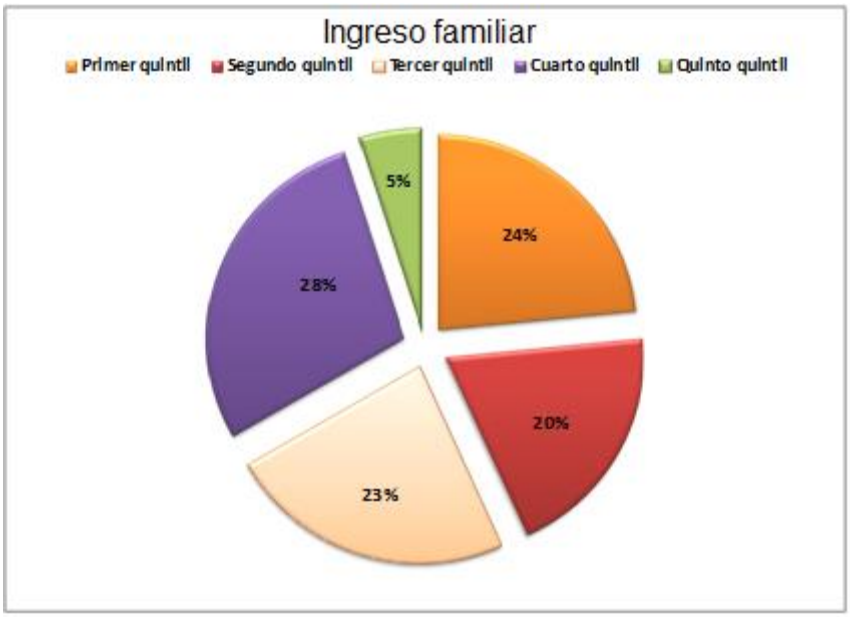
Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***GRÁFICO N°2*:** Antecedentes familiares con la patología



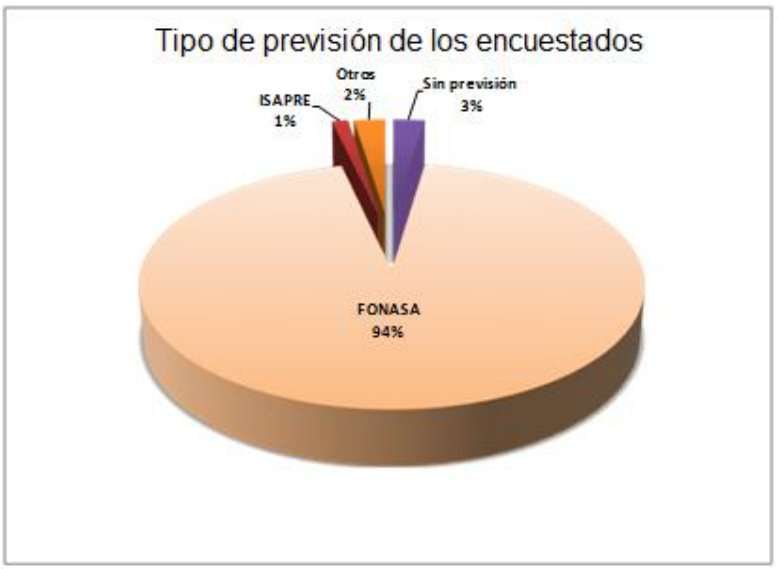
Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

***GRÁFICO N°3*:** Ingreso familiar



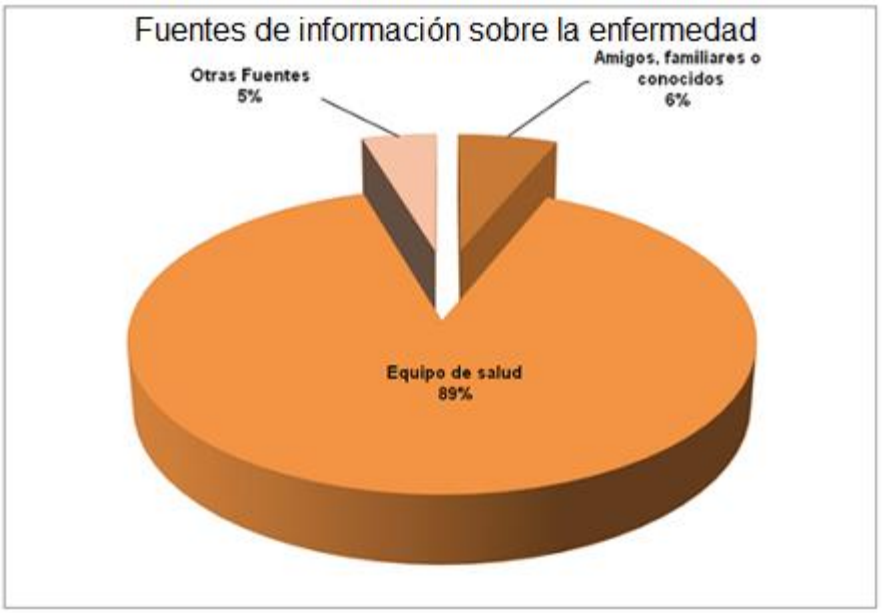
Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***GRÁFICO N°4*:** Tipo de previsión de los encuestados.



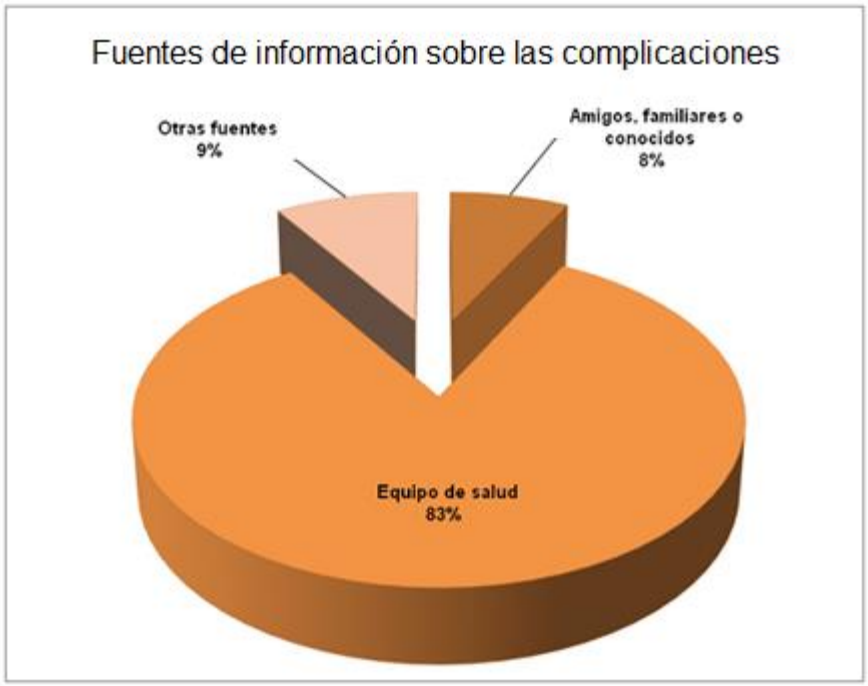
Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***GRÁFICO N°5*:** Fuentes de información sobre la enfermedad.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

GRÁFICO N°6: Fuentes de información sobre las complicaciones.



Fuente: gráfico de creación propia a través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

ANEXO N°5: TABLAS DE CONTINGENCIA

***TABLA N° 1*:** Presencia de complicaciones según sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Presencia de complicaciones	Si	Frecuencia	36	35	71
		%	83,70%	87,50%	85,50%
	No	Frecuencia	7	5	12
		%	16,30%	12,50%	14,50%
Total		Frecuencia	43	40	83
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLAN° 2*:**Complicaciones que ha presentado (Hiperglicemia) según Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Complicaciones que ha presentado : Hiperglicemia	Si	Frecuencia	23	23	46
		%	53,50%	56,10%	54,80%
	No	Frecuencia	20	18	38
		%	46,50%	43,90%	45,20%
Total		Frecuencia	43	41	84
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLAN° 3*:** Complicaciones que ha presentado (Pie Diabético) según Sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Complicaciones que ha presentado : Pie Diabético	Si	Frecuencia	9	12	21
		%	20,90%	29,30%	25,00%
	No	Frecuencia	34	29	63
		%	79,10%	70,70%	75,00%
		Frecuencia	43	41	84
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLAN° 4*:** Complicaciones que ha presentado (Alteración y/o perdida de la visión) según Sexo.

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Complicaciones que ha presentado: Alteración y/o pérdida de la visión	Si	Frecuencia	29	17	46
		%	67,40%	41,50%	54,80%
	No	Frecuencia	14	24	38
		%	32,60%	58,50%	45,20%
Total		Frecuencia	43	41	84
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLAN° 5*:** Personas con quien vive según cumplimiento de régimen nutricional.

			Cumplimiento de régimen nutricional		Total
			Si	No	Si
Personas con quien vive	Solo	Recuento	6	2	8
		% de ¿Usted vive con?	75,0%	25,0%	100,0%
		% de ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?	10,0%	8,3%	9,5%
	Pareja	Recuento	15	5	20
		% de ¿Usted vive con?	75,0%	25,0%	100,0%
		% de ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?	25,0%	20,8%	23,8%
	Hijos	Recuento	6	5	11
		% de ¿Usted vive con?	54,5%	45,5%	100,0%
		% de ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?	10,0%	20,8%	13,1%
	Pareja e hijos	Recuento	16	8	24
		% de ¿Usted vive con?	66,7%	33,3%	100,0%
		% de ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?	26,7%	33,3%	28,6%
	Otros	Recuento	17	4	21
		% de ¿Usted vive con?	81,0%	19,0%	100,0%
		% de ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?	28,3%	16,7%	25,0%
Total		Recuento	60	24	84
		% de ¿Usted vive con?	71,4%	28,6%	100,0%
		% de ¿Cumple con el régimen que le indica la nutricionista?	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLAN° 6*:** Persona con quien vive según frecuencia de consumo de medicamentos

			Frecuencia de consumo de medicamentos			
			Siempre	A veces	Nunca	Total
Personas con quien vive	Solo	Recuento	6	1	1	8
		% de ¿Usted vive con?	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
		% de ¿Con qué frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?	8,1%	14,3%	50,0%	9,6%
	Pareja	Recuento	18	2	0	20
		% de ¿Usted vive con?	90,0%	10,0%	,0%	100,0%
		% de ¿Con qué frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?	24,3%	28,6%	,0%	24,1%
	Hijos	Recuento	10	0	0	10
		% de ¿Usted vive con?	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% de ¿Con qué frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?	13,5%	,0%	,0%	12,0%
	Pareja e hijos	Recuento	22	1	1	24
		% de ¿Usted vive con?	91,7%	4,2%	4,2%	100,0%
		% de ¿Con qué frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?	29,7%	14,3%	50,0%	28,9%
	Otros	Recuento	18	3	0	21
		% de ¿Usted vive con?	85,7%	14,3%	,0%	100,0%
		% de ¿Con qué frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?	24,3%	42,9%	,0%	25,3%
Total		Recuento	74	7	2	83
		% de ¿Usted vive con?	89,2%	8,4%	2,4%	100,0%
		% de ¿Con qué frecuencia se toma los medicamentos en relación a la indicación médica?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLA N° 7*:** Consumo de sustancias (Alcohol) según información recibida acerca de las complicaciones

			Información recibida acerca de las complicaciones		Total
			Si	No	
Consumo de sustancias: Alcohol	Nunca	Frecuencia	49	14	63
		%	74,20%	77,80%	75,00%
	Mensual (al menos una vez al mes)	Frecuencia	12	4	16
		%	18,20%	22,20%	19,00%
	Semanal (al menos una vez a la semana)	Frecuencia	5	0	5
		%	7,60%	0,00%	6,00%
Total		Frecuencia	66	18	84
		%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLAN° 8*:** Consumo de sustancias (Cigarro) según información recibida acerca de las complicaciones

			Información recibida acerca de las complicaciones		Total
			Si	No	
Consumo de sustancias: Cigarro	Nunca	Frecuencia	54	17	71
		%	81,80%	94,40%	84,50%
	Mensual (al menos una vez al mes)	Frecuencia	2	0	2
		%	3,00%	0,00%	2,40%
	Semanal (al menos una vez a la semana)	Frecuencia	1	0	1
		%	1,50%	0,00%	1,20%
	Diario	Frecuencia	9	1	10
		%	13,60%	5,60%	11,90%
Total		Frecuencia	66	18	84
		%	100,00%	100,00%	100,00 %

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLA N° 9*:** Asistencia a control oftalmológico según sexo

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Asistencia a control oftalmológico	Si	Frecuencia	29	21	50
		%	67,4%	51,2%	59,5%
	No	Frecuencia	14	20	34
		%	32,6%	48,8%	40,5%
Total		Frecuencia	43	41	84
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLA N° 10*:** Consumo de sustancias (Alcohol) según asistencia a controles de salud

			Asistencia a controles de salud				Total
			Siempre	Regularmente	Nunca	No está en control	
Consumo de sustancias: Alcohol	Nunca	Frecuencia	54	6	1	2	63
		%	78,30%	60,00%	100,00%	50,00%	75,00%
	Mensual (al menos una vez al mes)	Frecuencia	13	3	0	0	16
		%	18,80%	30,00%	0,00%	0,00%	19,00%
	Semanal (al menos una vez a la semana)	Frecuencia	2	1	0	2	5
		%	2,90%	10,00%	0,00%	50,00%	6,00%
Total		Frecuencia	69	10	1	4	84
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2"

***TABLA N° 11*:** Consumo de sustancias (Cigarro) según asistencia a controles de salud

			Asistencia a los controles de salud				Total
			Siempre	Regularmente	Nunca	No está en control	
Consumo de sustancias: Cigarro	Nunca	Frecuencia	61	6	1	3	71
		%	88,40%	60,00%	100,00%	75,00%	84,50%
	Mensual (al menos una vez al mes)	Frecuencia	1	1	0	0	2
		%	1,40%	10,00%	0,00%	0,00%	2,40%
	Semanal (al menos una vez a la semana)	Frecuencia	0	1	0	0	1
		%	0,00%	10,00%	0,00%	0,00%	1,20%
	Diario	Frecuencia	7	2	0	1	10
		%	10,10%	20,00%	0,00%	25,00%	11,90%
Total		Frecuencia	69	10	1	4	84
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: creación propia, a través de cuestionario través de cuestionario "Perfil, Medidas de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en personas hospitalizadas con diabetes mellitus tipo 2".

Anexo N°6 Autorización CEC

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE GESTION HOSPITALARIA/
RIC/EU. MEDR/EU. CCS/cbv
Nº 205 **12.07.2012** 1415

ORDINARIO N ° _____/

ANT. : Ordinario Nº 1174 de fecha 20.06.2012 DSSA.

MAT. : Aprueba estudio que señala.

SAN FELIPE, 17 JUL 2012

DE : **RODRIGO INFANTE COTRONEO**
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

A : **SR. JAVIER CERDA**
DIRECTOR UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
CAMPUS SAN FELIPE

Informo a Ud., que el Comité Ético Científico de Investigación de este Servicio de Salud, **aprueba** segunda versión con fecha 11 de Julio del presente, la realización del siguiente Estudio: **"Perfil, medidas de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizadas",** presentado por alumnos de la Carrera de Enfermería de su Universidad.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA DIRECTOR

RODRIGO INFANTE COTRONEO
DIRECTOR
SERVICIO SALUD ACONCAGUA

DISTRIBUCIÓN:
- Director Universidad de Valparaíso – Campus San Felipe
- Director Hospital San Camilo de San Felipe
- Director Hospital San Juan de Dios de Los Andes

c.c: E.U. Bruna Espinoza Fernández
c.c: Presidente del CEC - Dr. Marcelo Muñoz R.

c.c:
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Depto Gestión Hospitalaria
- Archivo CEC DSSA
- Oficina de Partes