



# **Adhesividad al tratamiento del adulto mayor con DM2 en control ambulatorio.**

**Integrantes: Paula Cornejo Lara**

**Aeelyn Muñoz Villarroel**

**Paulina Muñoz Cornejo**

**Bárbara Reyes Lillo**

**Mitzi Romero Sotelo**

**Docente guía: Gabriela Monardes Skinner**

**Valparaíso, 2010.**

*“La salud y la enfermedad no son los acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la vida personal”*

*Costa y López, 1989*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a todos los que nos ayudaron a realizar el presente estudio:

- Al servicio de salud Valparaíso-San Antonio y a la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), quienes nos otorgaron los permisos pertinentes de acceso a los consultorios.
- A los profesionales de los consultorios Plaza Justicia, Jean & Marie Thierry y Barón, en especial a las directoras, enfermeras de los distintos sectores y paramédicos, por la buena disposición y colaboración durante la revisión de documentos y acceso al consultorio.
- A los usuarios encuestados, ya que gracias a su disposición y acogida nos fue posible lograr los objetivos propuestos para este estudio.
- A la Sra. Susana Guerra, enfermera y portadora de DM2, quien gracias a su experiencia sobre el tema, entregó un ejemplo de vida y un modelo en el seguimiento de las indicaciones.
- A Elizabeth García, alumna de tercer año de enfermería, por su ayuda y colaboración durante el trabajo en terreno.
- Y, finalmente a la profesora Gabriela Monardes Skinner, docente guía, por brindarnos su experiencia, compromiso, dirección y apoyo durante todo el proceso investigativo.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### Capítulo 1: INTRODUCCIÓN

**página**

1.1 Introducción.....	1
1.2 Delimitación del problema.....	3
1.3 Definición de términos.....	4
1.4 Criterios de inclusión.....	5
1.5 Limitaciones del estudio.....	6
1.6 Marco teórico	
1.6.1 Las enfermedades crónicas.....	7
✓ Epidemiología.....	7
✓ Etiología multicausal.....	8
✓ Enfermedades crónicas v/s productividad.....	8
✓ Creencias de los pacientes acerca de las enfermedades crónicas.....	8
✓ Intervenciones psicológicas y enfermedades crónicas.....	10
✓ Educación al paciente.....	10
✓ Relajación, manejo del estrés y ejercicio.....	10
✓ Intervenciones de apoyo social.....	10
1.6.2 El AM.....	12
1.6.3 DM2.....	13
✓ Epidemiología.....	13
✓ Fisiopatología.....	14
✓ Sintomatología.....	15
✓ Diagnóstico.....	15
✓ Tratamiento .....	16
• Tratamiento farmacológico.....	17
• Tratamiento no farmacológico.....	18

• Tratamiento quirúrgico: cirugía metabólica .....	25
• Tratamientos alternativos.....	25
✓ Compensación y descompensación .....	27
✓ Complicaciones .....	28
1.7.4 Adhesividad al tratamiento .....	29
✓ Adaptación de la persona con DM2 a su enfermedad.....	29
✓ Factores que intervienen en la adaptación.....	30
✓ Cambios emocionales en el paciente con DM2.....	31
✓ Deficiencias causantes de baja adhesividad en distintos niveles.....	32
✓ Impacto del estrés ante la enfermedad.....	34
1.7.5 Estilo y calidad de vida en el paciente con DM2.....	35
1.7.6 El autocuidado y su aplicación en el paciente con DM2, según teoría de Dorotea Orem.....	38
1.7.7 El profesional de salud y la adhesividad del paciente diabético al tratamiento.....	40
✓ El profesional enfermero como proveedor de servicios.....	40
✓ Características de la comunicación paciente – equipo multidisciplinario de salud.....	41
✓ Los pacientes como consumidores de servicios.....	41
✓ Ambiente.....	41
✓ Actitud del equipo multidisciplinario de salud que contribuye a una mala comunicación.....	42
✓ Contribución de los pacientes a la mala comunicación.....	42
✓ Aspectos interactivos del problema de comunicación.....	43
✓ Falta de adherencia al tratamiento.....	43
✓ Causas de falta de adherencia.....	44

✓	Mejoramiento de la comunicación paciente – equipo de salud y reducción de la falta de adherencia.....	45
✓	Reducción de la falta de adherencia.....	45
<b><u>Capítulo 2: VARIABLES</u></b>		
	2.1 Definición y operacionalización de variables.....	48
	2.2 Objetivo general y específicos.....	52
<b><u>Capítulo 3: METODOLOGÍA</u></b>		
	3.1 Definición de universo y diseño muestral.....	53
	3.2 Metodología de recolección de datos.....	54
<b><u>Capítulo 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS</u></b>		
	4.1 Metodología.....	55
	4.2 Análisis descriptivo por variable.....	56
	4.3 Análisis de cruce de variables.....	67
<b><u>Capítulo 5: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</u></b>		
	5.1 Conclusiones.....	77
	5.2 Sugerencias.....	78
<b><u>Capítulo 6: BIBLIOGRAFÍA</u></b>		
	6.1 Bibliografía.....	80
<b><u>Capítulo 7: ANEXOS</u></b>		
	7.1 ANEXO 1: Consentimiento informado.....	83
	7.2 ANEXO 2: Cuestionario.....	84
	7.3 ANEXO3: Entrevistas .....	91

## **INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS**

Gráfico N°1. Coexistencia de DM2 y otras afecciones crónicas.....	56
Tabla N°1. Edad de los AM estudiados.....	56
Tabla N°2. Índice de Masa Corporal en pacientes AM con DM2.....	57
Gráfico N°2. Estado nutricional de los AM con DM2.....	57
Gráfico N°3. Apoyo que reciben los AM con DM2.....	58
Gráfico N°4 . Nivel educacional de los AM encuestados.....	58
Gráfico N°5. Ingresos económicos de los AM encuestados.....	59
Gráfico N°6. Número de comidas ingeridas diariamente por los AM encuestados.....	59
Gráfico N°7. Ingesta alimenticia de los AM encuestados, en relación con las recomendaciones MINSAL.....	60
Gráfico N°8. Actividad física realizada por los AM encuestados.....	60
Gráfico N°9. Uso de tratamiento farmacológico en los AM encuestados.....	61
Tabla N°3. Cumplimiento de dosis de tratamiento farmacológico en AM encuestados.....	61
Tabla N°4. Cumplimiento de horario de tratamiento farmacológico en AM encuestados.....	62
Gráfico N°10. Uso de métodos alternativos al tratamiento en los AM encuestados.....	62
Gráfico N°11. Cumplimiento de indicaciones médicas por parte de los AM encuestados.....	63
Gráfico N°12. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: redes de apoyo.....	63
Gráfico N°13. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: motivacional y emocional.....	64

Gráfico N°14. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: conocimiento sobre la enfermedad.....	64
Gráfico N°15. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: calidad de la atención y acceso al consultorio.....	65
Gráfico N°16. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: recursos económicos.....	65
Gráfico N°17. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: creencias y mitos.....	66
Gráfico N°18. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: estilos de vida.....	66
Gráfico N°19. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: físicos y cognitivos.....	67
Tabla N°5. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL y género en AM encuestados.....	67
Tabla N°6. Relación entre alimentación adecuada según recomendaciones MINSAL, actividad física y estado nutricional en AM encuestados.....	68
Tabla N°7. Relación entre alimentación inadecuada según recomendaciones MINSAL, actividad física y estado nutricional en AM encuestados.....	68
Gráfico N°20. Factores que obstaculizan la adhesividad en los AM con DM2 sin redes de apoyo.....	69
Gráfico N°21. Factores que obstaculizan la adhesividad en los AM con DM2 con redes de apoyo.....	69
Tabla N°8. Relación entre paciente con adecuada ingesta alimenticia según recomendaciones MINSAL, cumplimiento de indicaciones y factor económico.....	70
Tabla N°9. Relación entre paciente con inadecuada ingesta alimenticia según recomendaciones MINSAL, cumplimiento de indicaciones y factor económico.....	70
Tabla N°10. Relación entre paciente que realiza actividad física, cumple con indicaciones y factor motivacional y emocional.....	71

Tabla N°11. Relación entre paciente que no realiza actividad física, cumple con indicaciones y factor motivacional y emocional.....	71
Tabla N°12. Relación entre factor redes de apoyo y factor motivacional y emocional.....	72
Tabla N°13. Relación entre factor motivacional y emocional y cumplimiento de indicaciones.....	72
Tabla N° 14. Relación entre cumplimiento de las indicaciones, calidad de la atención y acceso al consultorio.....	73
Tabla N°15. Relación entre conocimiento sobre la enfermedad, calidad de la atención y acceso al consultorio.....	73
Tabla N°16. Relación entre redes de apoyo y factor económico.....	74
Tabla N°17. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL y uso de tratamiento farmacológico.....	74
Tabla N°18. Relación entre tratamiento farmacológico y realización de actividad física.....	74
Tabla N°19. Relación entre tratamiento farmacológico y cumplimiento de horario.....	75
Tabla N° 20. Relación de alimentación según recomendaciones MINSAL, realización de actividad física y cumplimiento de horario y dosis tratamiento farmacológico.....	75
Tabla N°21. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL, realización de actividad física y no uso de tratamiento farmacológico.....	75
Tabla N°22. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL, y realización de actividad física.....	76

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación es analizar la adhesividad al tratamiento de los AM con DM2, compensados, en control ambulatorio, en relación a las indicaciones dadas en la guía clínica del MINSAL y junto con esto, los factores que influyen en el cumplimiento de ellas. Para ello se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y retrospectivo entre los meses de Agosto y Septiembre de 2010. De un universo de 339 AM controlados en tres consultorios de Valparaíso, se seleccionó una muestra de 105 personas, escogidas mediante un sistema de muestreo aleatorio simple. Se revisaron los documentos de cada paciente y se les aplicó una encuesta de preguntas cerradas en base sus tratamientos. A través de esto se determinó que los usuarios compensados en su mayoría poseen dificultad para seguir el régimen alimenticio y realizar actividad física, mientras que al utilizar terapia farmacológica existe un mejor control. Se pudo observar como factor más influyente en la adhesividad de estos pacientes el hecho de contar con redes de apoyo, especialmente las familiares. Se da importancia igualmente a la calidad de la atención en los centros de salud y los conocimientos a cerca de la enfermedad y el tratamiento. La relevancia de esto radica en impulsar estrategias que potencien los factores que favorecen la adhesividad, como la utilización efectiva de las redes de apoyo, etc. con la finalidad de, a través del cumplimiento de indicaciones, mejorar la calidad de vida y evitar o retrasar la aparición de complicaciones en las personas diabéticas.

Palabras claves: Adhesividad- Calidad de vida- Factor favorecedor-Factor obstaculizador

## **ABSTRACT**

The objective of the present research is to analyze the adhesiveness to the treatment of elderly patients with type 2 diabetes mellitus , compensated, under clinic control, in relation to the indications in the clinical guidelines of the Health Department, and together with this the factors influencing the development of such indications. To this, we have performed a quantitative study, transversal, descriptive and retrospective during August and September 2010. In a universe of 339 old adults controlled in three clinics in Valparaiso, a 105 people sample was selected, who were chosen through a system of simple random sampling. The documents of each patient were revised, and a survey of closed questions based on their treatment was applied. Through this, it was determined that the compensated users, in the most, have difficulties in following the diet and physical activities, but by using the drug therapy there exists a better control. It was observed as a strong influencing factor in the adhesiveness of these patients the importance of having support networks, especially the familiar ones. Emphasis is also on the quality of care in health centers and knowledge about the disease and treatment. The relevance of this lies in promoting strategies to enhance the factors that help adhesiveness, such as effective use of support networks, etc. with the aim of, through guideline compliance, improve quality of life and prevent or delay the onset of complications in diabetics.

Key words: adhesiveness- quality of life- favouring factors- hindering factors

## **Capítulo1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Introducción**

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre tendencias para el tercer milenio señalan que los profesionales enfermeros darán cada vez más, una mayor cobertura de atención de salud en la sociedad a grupos de personas/pacientes económicamente débiles, socialmente marginados, grupos de diferentes culturas y personas con problemas crónicos y terminales. Entre estos problemas está la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que hasta el momento requiere de cambios en la atención, desde un modelo de atención agudo, reactivo y episódico a uno que facilita la relación entre proveedor y paciente. El usuario está inserto en un medio, por lo que se hace importante adoptar el Modelo de Salud Integral en el trabajo diario de enfermería con el paciente diabético, como es el Modelo Biopsicosocial con Enfoque Familiar y que tiene una mirada sistémica sobre el proceso salud enfermedad porque se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. El individuo no es un ser aislado sino un ser social, que pertenece a diversos ambientes en los que interactúa influyéndolos, y a la vez éstos lo hacen sobre el individuo.

El usuario debe conocer a fondo el manejo de su enfermedad, ya que el hecho de que los pacientes presenten una baja adhesividad a los requerimientos que el tratamiento conlleva, ocurre muchas veces por desconocimiento, falta de motivación y despreocupación del paciente frente a su enfermedad.

Por todo lo expuesto es que se hace relevante trabajar tanto en la prevención de esta enfermedad no transmisible, como en las intervenciones para mejorar la adhesividad de los usuarios a su tratamiento, identificando los factores que la afectarían, en el contexto de la realidad del país.

Se eligieron pacientes adultos mayores (AM) con DM2, compensados, en control ambulatorio para conocer la masa crítica que podría caer en descompensación si no hay un oportuno autocuidado. Se optó por el método cuantitativo para el abordaje de una población de AM portadores de DM2 compensada, en control ambulatorio. En ellos se investigaron las características de estos pacientes inscritos en Programa de Crónicos de 3 consultorios del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, el cumplimiento de indicaciones dadas en la Guía Clínica 2009 y factores que, a juicio del paciente, afectan a la adhesividad al tratamiento. Se considera que la adhesividad al tratamiento es un factor que aun no esta totalmente explorado en relación a estos pacientes pero que constituye el elemento fundamental para evitar/retardar las complicaciones, desequilibrios y descompensación.

“En los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 se propuso quebrar la tendencia al ascenso de la tasa de mortalidad... No sólo no se ha quebrado la tendencia al ascenso de

la mortalidad sino que la tasa tuvo un aumento de 20% con respecto al año en referencia, 17,1 por 100.000 habitantes en el año 2003.<sup>1</sup>

De aquí surgen interrogantes que representan un reto para el control de la enfermedad: ¿Cómo apoyar eficientemente a estos pacientes y sus familias, para que entiendan, asimilen y controlen la enfermedad?, ¿Cómo preparar al equipo de salud para enfrentar de manera eficaz la educación del paciente, transformando los conocimientos teóricos en técnicas, estrategias y procesos eficaces que mejoren el control de la enfermedad y prevengan las complicaciones?, ¿Cómo abordar al paciente con un enfoque psicosocial, el que subyace en el trastorno biológico?.

---

<sup>1</sup> Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2002). *Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010*. disponible online en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

## **1.2 Delimitación del problema**

Adhesividad al tratamiento de DM2 y factores que la afectan, en el AM compensado y con más de un año de diagnóstico, que se controla en los consultorios Plaza Justicia, Jean y Marie Thierry y Barón, pertenecientes al Servicio de salud Valparaíso-San Antonio, entre agosto y septiembre de 2010.

### **1.3 Definición de términos**

**Adhesividad:** Es el nivel de cumplimiento de las indicaciones dadas por el equipo de salud al AM con DM2 en control, la relación entre ellas de acuerdo a la forma en que el paciente las describe y realiza y los factores personales que la afectan.

**Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2):** Desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina.

Se caracteriza por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.

**Diabéticos compensados:** hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7%.

**Diabéticos descompensados:** hemoglobina glicosilada (HbA1c) >7%      ambos en el último examen.

#### **Tratamiento:**

- **Farmacológico:** Tratamiento a base de utilización de hipoglicemiantes, que se prescriben cuando no se pueden lograr niveles plasmáticos de glucosa cercanos a las cifras normales con la terapia nutricional y el ejercicio físico.
- **Alimentario:** Aportes nutricionales de los enfermos diabéticos de acuerdo al momento evolutivo de la enfermedad y a ciertas manifestaciones que obligan a una dieta específica.
- **Actividad física:** Herramienta terapéutica que se basa en el ejercicio físico, cuyo objetivo es contribuir a reducir los niveles de glicemia, lípidos y presión arterial, ayudando a obtener un control metabólico adecuado.

**Factores que afectan la adhesividad:** elementos o situaciones referidas por el AM con DM2 que facilitan u obstaculizan su adhesividad al tratamiento.

**Equipo multidisciplinario:** conformado por profesional de enfermería, médico y nutricionista.

#### **1.4 Criterios de inclusión**

- AM autónomo, con funciones cognitivas conservadas
- Diagnóstico de DM2 de más de un año
- Compensado
- En control ambulatorio en los consultorios Barón, Jean & Marie Thierry y Plaza Justicia
- Aceptación de participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado

### **1.5 Limitaciones del estudio**

- Demora en confirmación de permisos por parte del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio y la Corporación Municipal de Valparaíso para tener acceso a la documentación de los pacientes en los consultorios Jean y Marie Thierry, Plaza Justicia y Barón.
- Las citaciones a control de los pacientes AM con DM2 dentro del horario dispuesto no siempre se cumplían por lo que fue necesario realizar encuestas a domicilio para lograr la muestra.
- Falta de actualización de los datos de los pacientes en los consultorios:
  - Cambios de dirección a causa del terremoto o por otros motivos.
  - Direcciones no existentes.
  - Pacientes fallecidos.
- Demora en la entrega de informe estadístico realizado por profesional contratado.

## **1.6 Marco teórico**

### **1.6.1 Las enfermedades crónicas**

La enfermedad crónica se define como un *“trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo”*<sup>2</sup>. De acuerdo con otra definición, se trata de un *“proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible”*<sup>3</sup>.

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica como cáncer, DM2 o SIDA suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incompreensión e incertidumbre, entre otros aspectos. Por ello, el diagnóstico de estas enfermedades supone sufrimiento en mayor o menor grado. El impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y su relación con el futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privado/cognitivos supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones "dicen o aconsejan hacer", se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal.

#### ✓ **Epidemiología**

Un 33% de la población declara que en algún momento de su vida se le ha diagnosticado una enfermedad crónica (27% en hombres y 39% en mujeres).

La enfermedad crónica más frecuente es la hipertensión arterial, que le ha sido diagnosticada a un 10,3% de los chilenos.

En segundo lugar están los vicios de refracción (presbicia, astigmatismo y miopía) con un 6,3% de la población.

La coleditiasis es la tercera enfermedad crónica más frecuentemente diagnosticada (5,2% de la población). La prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad.

La prevalencia de DM en la población total chilena es de un 3,2%, correspondiendo un 12,8 a personas entre 65 a 74 años y un 14,1 de 75 años y más.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup>Oblitas , L (2006). *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*, pág. 542. México: Psicom editores

<sup>3</sup> Op. Cit.

<sup>4</sup> Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadística (2000). *Primera encuesta Nacional de calidad de vida y salud*. Ministerio de Salud, Chile.

✓ **Etiología Multicausal**

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo y el principal problema de salud en nuestro país.

El primer lugar de causa de muerte lo ocupa la patología cardiovascular, seguida del cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y diabetes. Estas entidades comparten factores comunes de riesgo: tabaquismo, dietas no saludables, inactividad física y alcoholismo. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los países en desarrollo y se estima que la mortalidad por patología cardíaca isquémica aumentará en un 120% en mujeres y en un 137% en hombres para 2020. Asimismo, el número de personas afectadas por enfermedades pulmonares crónicas y diabetes aumentará sustancialmente.<sup>5</sup>

✓ **Enfermedades crónicas v/s productividad**

Las enfermedades crónicas representan la mayor parte de los costos de los sistemas sanitarios y alrededor del 40 por ciento del total de pérdida de tiempo en el trabajo, según recoge el informe *Working Toward Wellness: The Business Rationale* elaborado por Price Waterhouse Coopers y el World Economic Forum.

El estudio sugiere a las empresas que apuesten por programas e iniciativas para mejorar el entorno laboral y prevenir así las enfermedades crónicas. Además, el informe propone mantener una colaboración público-privada en las cuestiones relacionadas con la salud para evitar tanto el costo que supone para las compañías, como la amenaza que supone para la sostenibilidad económica.<sup>6</sup>

✓ **Creencias de los pacientes acerca de las enfermedades crónicas<sup>7</sup>**

Los pacientes que se adaptan de manera satisfactoria a su enfermedad crónica, lo han logrado integrando ésta a su vida cotidiana, ya que altera su estilo normal de vida.

• **Creencias acerca de la naturaleza de la enfermedad**

Uno de los problemas principales que existe en el ajuste y adaptación de la persona frente a la enfermedad crónica es el que se relaciona con la adopción de modelos inadecuados para manejar la enfermedad. Generalmente las personas con enfermedades

---

<sup>5</sup> Yach, D.; Hawkes, C.; Gould, C. y Hofman, K. (2002) *Consecuencias de las enfermedades crónicas en el Mundo*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

<sup>6</sup> Eleconomista.Com (2008). *Las enfermedades crónicas suponen elevadas pérdidas económicas y de productividad a las empresas*. Disponible en línea en: [www.eleconomista.es](http://www.eleconomista.es). Extraído en mayo, 2010.

<sup>7</sup> Taylor S. (2007) *Psicología de la Salud* (6ª ed.). Cap. 11 “Manejo de enfermedades crónicas.”. Pág. 309 – 313. México: Ed. Mc Graw-Hill.

crónicas cuando no presentan signos y síntomas que hagan sentirse mal, creen que su problema se encuentra controlado.

Por tanto, para los proveedores de salud es importante descubrir y aclarar las creencias de los pacientes acerca de su enfermedad, para determinar si existen fallas tanto en el conocimiento como mala interpretación de la información obtenida, con el fin de aminorar las posibles interferencias en el auto manejo.

- **Creencias acerca de la causa de la enfermedad**

Tanto las personas que portan enfermedades agudas como crónicas, generalmente desarrollan teorías acerca del origen de su enfermedad.

Dichas teorías incluyen estrés, daños físicos, bacterias generadoras de enfermedades y la voluntad de Dios. Probablemente la más importante es aquella en que los pacientes depositan la culpa de su enfermedad: Se culpan a sí mismos, a otra persona, al medio ambiente o al destino.

El autoculparse por la aparición de una enfermedad crónica es muy común ya que los pacientes se perciben a sí mismos como los generadores de ésta a partir de sus conductas y acciones. En algunos casos, esta percepción es de alguna forma acertada. Malos hábitos de salud tales como fumar, mal manejo de la alimentación o falta de ejercicio, pueden causar enfermedades crónicas.

La autoculpabilización lleva a la autorecriminación o a la depresión, porque el percibir que la enfermedad fue generada por la propia persona, puede representar un esfuerzo por asumir el control sobre ella; tales sentimientos pueden ser adaptativos para afrontar y asumir el problema. También puede ser que la autoculpabilización sea en algunos casos adaptativa y en otros, como lo es el culpar a otras personas por la propia enfermedad, desadaptativa. El culpabilizar a otras personas puede estar ligado a hostilidad no resuelta, la cual puede interferir con el ajuste de la enfermedad.

- **Creencias acerca del control de la enfermedad crónica**

Los pacientes desarrollan un gran número de creencias relacionadas con el control de su enfermedad crónica, las que pueden ser o no ciertas. Aquellos que creen que pueden controlar su enfermedad, se ajustan mejor que los que piensan que la enfermedad los controla, ya que la creencia de control y la sensación de autoeficacia en relación a la enfermedad y su tratamiento son generalmente adaptativas. Hasta para los pacientes que se encuentran en mal estado físico o psicosocial, el ajuste se facilita al aumentar la percepción de control.

✓ **Intervenciones psicológicas y enfermedades crónicas**

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas pueden alcanzar una buena calidad de vida después del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, existen efectos adversos asociados, tales como ansiedad, depresión y perturbaciones en las relaciones interpersonales. Tanto la depresión como la tensión psicológica están siendo el centro de atención de las intervenciones de control con el fin de reducir la mortalidad de estas enfermedades.

Ya que el estrés agrava las enfermedades, el enfermo puede requerir de asistencia para manejar las demandas que la vida diaria puede generar. En consecuencia, los psicólogos han aumentado la atención en encontrar caminos para disminuir estos problemas.

El hecho de que los niveles de ansiedad y depresión se encuentren intermitentemente elevados entre los enfermos crónicos, sugiere que la evaluación de estos problemas debe ser una parte contemplada en su cuidado.

✓ **Educación al paciente**

Los programas de educación del paciente, que incluyen entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante su problema médico en particular, han demostrado mejorar el funcionamiento ante una amplia variedad de enfermedades. Tales programas pueden aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, reducir la ansiedad, aumentar los sentimientos de propósito y de sentido de vida, reducir el dolor y la depresión y mejorar las características de afrontamiento, como aumentar la confianza.

✓ **Relajación, manejo del estrés y ejercicio**

La reducción del estrés a través de un manejo mental, se refiere a un entrenamiento sistemático en meditación para permitir a las personas autorregular sus reacciones al estrés y a las emociones negativas que pueden resultar. La meditación enseña a las personas a establecer un estado mental en el cual están ampliamente alertas y centrados en la realidad del momento presente, aceptándolo y reconociéndolo sin distraerse o estresarse, lo que ha sido comprobado como útil para mejorar el ajuste a los problemas crónicos. Por tanto, la meta es inducir a las personas a la aproximación de la situación sin estrés más que reaccionar a ésta en forma automática.

✓ **Intervenciones de apoyo social**

Los enfermos crónicos que refieren buenas relaciones sociales tienden a presentar ajustes positivos a la enfermedad, pues el apoyo social puede influir en los resultados de la salud en forma favorable, promoviendo la recuperación y/o la longevidad.

- **Apoyo familiar**

El apoyo familiar para el paciente crónico es especialmente importante, ya que aumenta su funcionamiento físico y emocional y promueve la adherencia al tratamiento.

Los miembros de la familia recordarán al paciente las actividades que necesita realizar, también relacionarán el tratamiento con las actividades familiares ya existentes para que la adherencia sea aún mayor.

El aprender a separar familiares, amigos y conductas de apoyo de aquellas que no lo son, es una intervención importante dentro del equipo de salud.

- **Grupos de apoyo**

Los grupos de apoyo social pueden satisfacer necesidades de apoyo para las familias o actuar como una fuente adicional de apoyo otorgado por personas que viven la misma situación.

Los grupos de apoyo pueden alentar la adherencia por varias razones:

- Las personas deben comprometerse consigo mismas para cambiar su comportamiento frente a otras personas. El comprometerse a una decisión frecuentemente mejora la adherencia.
- En el curso de la interacción con otros, las personas pueden aprender otras técnicas que han sido exitosas para otras personas con el mismo problema, para mantener la adherencia y adoptar formas de combatir los problemas.
- El apoyo emocional y la motivación que personas con problemas similares pueden ofrecer suele facilitar la adherencia.

En conclusión, se requieren diferentes intervenciones psicoterapéuticas para los pacientes crónicos que están tratando de afrontar problemas complejos. Cada intervención tiene diferentes beneficios.

A pesar de los avances en el cuidado de los pacientes crónicos, el cuidado médico y psicosocial para éstos es irregular e insuficiente.

Como consecuencia, el manejo de los pacientes debe incluir responsabilidades mayores en términos de aproximaciones conductuales y psicológicas para mejorar la salud en el paciente. Las técnicas para la enseñanza y el auto manejo de las enfermedades crónicas necesitan ser clarificadas, así como las educaciones para proveer información al paciente.

A continuación, nos referiremos al objeto del estudio, el adulto mayor (AM).

### **1.6.2 El AM**

El envejecer es un proceso continuo, irreversible, heterogéneo, individual, deletéreo, intrínseco y universal; conlleva una progresiva pérdida de la capacidad de adaptación, resultado de la interacción en el tiempo de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos.

De acuerdo a la definición propuesta por la OMS, AM es aquella persona que ha alcanzado la edad de 60 años o más. Dentro de este grupo los AM se pueden clasificar en personas de edad avanzada quienes tienen entre 60 y 74 años, personas ancianas entre 75 y 90 años y personas longevas quienes superan la edad de 90 años.

Según un criterio convencional y epidemiológico utilizado en el Ministerio de Salud (MINSAL), AM es aquella persona que tiene sobre 65 años de edad cronológica.

En esta etapa de la vida es donde comienzan a hacerse presentes, de forma más evidente, una serie de cambios a nivel fisiológico que repercutirán también en el ámbito psicológico y social. Además de estos cambios se suman otros provenientes del uso de medicamentos o elementos terapéuticos.

#### **Actividad física en el AM**

Los cambios a nivel músculo esquelético, en el AM, son determinantes importantes a la hora de realizar actividad física como parte del plan terapéutico para la DM2. Es común la dorsalgia y el riesgo de fractura, especialmente a nivel de las vértebras, hombros, muñecas, cuello y diáfisis, femorales y tibiales. Estos cambios van a repercutir de forma significativa en la movilidad y equilibrio del AM como también en la actitud que presenten frente al ejercicio.

Además de estos factores existen también prejuicios sociales y propios del AM. Muchos son los que piensan en las personas mayores como seres frágiles y físicamente incapaces, conceptos que influyen en forma negativa y son una barrera para la práctica de ejercicio físico.

Por lo tanto, es trascendental la motivación al momento de realizar ejercicio, el que no sólo repercutirá a nivel físico, sino que también será una forma de fomentar la autonomía y el bienestar psicológico.

Sin embargo, es necesaria una evaluación médica antes de iniciar un programa de ejercicio físico, el cual debe realizarse con moderación intercalando períodos de descanso y evitando el excesivo cansancio. Se recomiendan la natación y caminata rápida debido a su facilidad de ejecución.

### **1.6.3 DM2**

El término diabetes significa “sifón” y alude, claramente, al exagerado volumen de orina que se expulsa. La aparición de dicho término se atribuye a Aretio de Capadocia (Grecia 100 a.C.). La palabra: mellitus (relativo a la miel) describe el sabor dulce de la orina.

#### **✓ Epidemiología**

La DM2 es un problema de salud a nivel mundial que se presenta en mayor proporción en los países en vías de desarrollo.

La carga global de la enfermedad por diabetes se estima en aproximadamente 173 millones el año 2002, y se proyecta que aumentará a 366 millones el 2030; dos tercios de ésta corresponde a países en vías de desarrollo, de África, Asia y Latinoamérica. El diagnóstico de diabetes tipo 2 en los niños y adolescentes es un hecho cada vez más frecuente, lo que seguramente aumentará aún más la carga de las complicaciones crónicas de la diabetes a nivel global.

La prevalencia de DM2 en nuestro país se estima entre 4,2 % y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el MINSAL y la ADICH (Asociación de Diabéticos de Chile), respectivamente.

En Chile, sobre el 85% de las personas con DM2 conoce su condición; el problema radica en la baja proporción de personas afectadas que esta bien controlada (niveles de glicemia dentro de rangos normales), 19,7% y 17,6% respectivamente, según las fuentes ya citadas.

La Encuesta Nacional de Salud 2003 no encontró diferencias significativas en la prevalencia de DM2 según sexo. Al analizar la prevalencia según grupos de edad, se observa que ésta aumenta en forma significativa después de los 44 años, alcanza una prevalencia de 0,2 % en los menores de esta edad, aumenta a 12,2 % en el grupo de 45 a 64 años y a 15,8% en los de 65 y más años. Ésta es significativamente más alta en los niveles socioeconómicos bajos, por ejemplo, en grupos sin estudios formales es del 21,3%, a diferencia de los que cuentan con estudios superiores, los cuales son un 2,5%.

La comorbilidad asociada a la diabetes es de 63% para la hipertensión arterial; 67% de los diabéticos presentan dislipidemia y 45% de ellos tiene obesidad lo que dificulta y compromete la condición de salud de estos pacientes.

Entre las complicaciones asociadas a la DM2, la retinopatía ocupa un 60%, la neuropatía 44% y la microalbuminuria un 28%.

El 20% de los diabéticos que ingresa al sistema hospitalario lo hace con diagnóstico de Pie Diabético.

✓ **Fisiopatología**

A modo general, la DM2 se inicia con la presencia de factores de riesgo asociados: obesidad, sedentarismo, envejecimiento, HTA, tabaquismo y factores genéticos entre otros, los que llevarán a la persona a la insulinoresistencia. Ésta ocurre cuando los tejidos no responden a la insulina, por lo tanto la glucosa no es captada por las células o existe dificultad en su ingreso a ellas. Como compensación se produce una mayor cantidad de insulina inicial y posteriormente se produce hiperinsulinemia e hiperglicemia.

Aún hay debate acerca de cuál defecto (resistencia a la Insulina o deterioro en la secreción de Insulina) inicia la cascada de eventos que origina finalmente la DM2, pero esencialmente todos los pacientes portadores de DM2 tienen defectos en la secreción de insulina.

En la DM2 el defecto básico es la resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina y, en menor grado, una deficiencia relativa de secreción de la hormona. La mayoría de expertos considera que la resistencia a la insulina es el fenómeno primario, mientras que la deficiencia de la secreción, aparece como resultado de la hiperglucemia sostenida y la sobreestimulación persistente de la célula beta.

La DM2 exhibe tres fases bien definidas: en primer término se presenta un estado de resistencia periférica a la insulina, asociado a cifras normales de glicemia, pues hay un incremento de la producción de esta hormona a modo compensatorio, siendo capaz de mantener un equilibrio metabólico por años; en una etapa ulterior, a medida que la resistencia a la acción hormonal es más prominente, la hiperproducción de insulina no es suficiente para controlar las cifras de glucosa en sangre y, en consecuencia, aparece hiperglicemia postprandial. En otras palabras, se inicia la intolerancia a la glucosa y posteriormente la diabetes clínica.

Por último, y asociado a lo anterior, se produce un defecto en las células beta del páncreas. Se han postulado una serie de hipótesis no necesariamente excluyentes: agotamiento de la capacidad de secreción de insulina en función del tiempo, coexistencia de un defecto genético que interfiere con la síntesis y secreción de insulina, interferencia de la secreción de insulina por efecto de fármacos e incluso por el incremento relativo de los niveles de glucosa sanguínea, o por acentuación de la resistencia, la que supera la capacidad compensatoria del páncreas. Sea cual fuere la causa va a disminuirse la síntesis de insulina, de modo que aparece hiperglicemia en ayunas.

Los individuos con intolerancia a la glucosa y los diabéticos de corta evolución son hiperinsulinémicos y esta condición es un componente frecuente en el

llamado Síndrome de Resistencia a la Insulina. Otros componentes de este cuadro relacionados con la insulinoresistencia y/o hiperinsulinemia son hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad tóraco-abdominal y aterosclerosis. Por ello, estos sujetos tienen un mayor riesgo cardiovascular. La obesidad y el sedentarismo son factores indiscutidos que acentúan la insulinoresistencia.

### ✓ Sintomatología

La sintomatología fundamental se caracteriza por:

- **Poliuria:** para que la glucosa pueda eliminarse por la orina, es necesario que se disuelva en cantidades importantes en agua. Por esta razón el diabético orina en grandes cantidades.
- **Polidipsia:** medida que compensa la pérdida de agua por la orina, hay sensación de mucha sed, incluso por las noches.
- **Hiperglicemia:** aumento de glucosa en la sangre por falta de insulina, las células piden energía y el organismo la envía desde los depósitos de glucosa.
- **Glucosuria:** ocurre cuando la glucosa se eleva en la sangre por encima de un determinado nivel, apareciendo en la orina.
- **Polifagia:** se presenta cuando, al no poder ser sintetizada la glucosa, las células reclaman “energía” y el cuerpo trata de compensarlo aumentando la cantidad de alimento ingerido.
- **Cetonuria:** al no disponer las células de la glucosa suficiente, se tiene que recurrir a la energía que se obtiene de la combustión de lípidos. El desecho de esta combustión son los cuerpos cetónicos que se eliminan en la orina.
- **Adelgazamiento y cansancio:** las células no tienen energía suficiente, originándose la movilización de energías de reserva y por ello se produce adelgazamiento debido a la alta combustión de grasas.

Existen además náuseas, vómitos, cefalea, cambios del estado de ánimo, sudoración, fatiga, visión borrosa, retardo de la cicatrización, infecciones de la piel e infecciones del tracto urinario.

La sintomatología en muchas oportunidades suele ser inespecífica, lo que lleva a un retardo en el diagnóstico, ya que los adultos consultan por otros motivos.

### ✓ Diagnóstico

En el 50% de los casos se realiza por exámenes solicitados por otras causas y no por sospecha clínica. Éste tipo de diabetes aumenta con la edad, obesidad e inactividad física y habitualmente se asocia a otras patologías de alto riesgo cardiovascular como son la hipertensión y la dislipidemia.

El diagnóstico de DM2 se realiza en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Síntomas clásicos de DM2 (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. Debe confirmarse con una segunda glicemia  $\geq 126$  mg/dl, en un día diferente. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).
- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una PTGO.

La Prueba de la Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO) es la determinación de una glicemia en ayunas y otra a las 2 horas post carga de 75 g de glucosa. Los 75 g de glucosa se disuelven en 250 cc de agua fría, o 1,75 g de glucosa /kg de peso en niños, hasta un máximo de 75 g.

Hemoglobina glicosilada (HbA1c): medición a largo plazo del control de la glucosa, unida a la hemoglobina durante la vida de los eritrocitos. Se controla cada 3 meses y su resultado en pacientes ya diagnosticados debe ser inferior al 7%.

La ADA (American Diabetes Association) en su informe 2010, incorporó la hemoglobina glicosilada (HbA1c), mayor o igual a 6,5%, como otro criterio diagnóstico. No obstante, para que este examen de diagnóstico sea válido, debe ser realizado con el método estandarizado, *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP). Como en nuestro país los métodos de determinación de HbA1c no están estandarizados, este examen no debe utilizarse, en la actualidad, con fines diagnósticos. La HbA1c es el examen de elección para el control metabólico de la DM2

Existen otros exámenes que avalan o no la presencia de la enfermedad:

- Insulinemia: unidades de insulina en la sangre. 5-22 UI al diagnóstico.
- Glucosuria/cetonuria: cuando la glicemia es mayor a 250 mg/dl en la orina.

El control que se tenga sobre los niveles de glucosa sanguínea serán determinantes en el desarrollo de complicaciones como retinopatías, nefropatías y neuropatías.

### ✓ **Tratamiento**

El objetivo principal es normalizar la actividad de la insulina y los niveles de glucosa en sangre para disminuir el desarrollo de complicaciones vasculares y neuropatías.

El tratamiento de la DM2 en el paciente compensado, según la guía clínica del MINSAL del año 2009, considera: tratamiento no farmacológico, que incluye el ejercicio físico, la dieta y terapia farmacológica (hipoglicemiantes orales y terapia insulínica).

Considerando que las personas con DM2 son un grupo heterogéneo, los planes y metas terapéuticas deben ser personalizados. La meta es lograr niveles de glicemia lo más cercano al rango normal, resguardando la seguridad del paciente<sup>8</sup>.

- **Tratamiento farmacológico**

Personas con peso normal:

El tratamiento farmacológico se inicia con glibenclamida 5-10 mg diarios, hasta 20 mg según controles cada 2 meses. Si persisten niveles de glicemia en ayunas >130 mg/dl. y HbA1c >8% adicionar metformina, llegando hasta 1700 mg diarios. Si no se logra la meta, adicionar insulino terapia.

Personas obesas:

Se deben incorporar a un programa integral similar al de los obesos no diabéticos durante 3 meses, con énfasis en el tratamiento no farmacológico. Si se logra la meta se debe reforzar y mantener este programa, además de seguir con controles de glicemia y HbA 1c cada 4 meses.

Si el paciente no logra la meta (glicemia <110 mg/DL) se requiere de terapia farmacológica; en primera instancia se utiliza metformina (a menos que exista contraindicación), con dosis inicial de 850 mg diarios, y controles de glicemia cada 2 meses, llegando hasta 2550 mg diarios, si es necesario. Algunas contraindicaciones de la metformina son principalmente gastrointestinales (diarrea y sabor metálico). También existe la posibilidad de acidosis láctica que tiene alta mortalidad, ocurre con mayor frecuencia en pacientes con insuficiencia renal, por lo que es recomendable suspender con niveles de creatinemia >1.5 mg/dl.

Si no se logra la meta con metformina, se debe asociar una sulfonilurea, de preferencia glibenclamida, en dosis progresiva desde 5 hasta 20 mg diarios, y controles cada 2 meses para ajustar. En caso de insuficiencia renal está contraindicada (especialmente con clearance de creatinina de <30 ml/min).

Si persisten glicemias mayores de 130 mg/dl. y HbA1c>9%, síntomas y enflaquecimiento importante, considerar insulino terapia.

---

<sup>8</sup>Gobierno de Chile Ministerio de salud (2010). *Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2, 2009*. Santiago: MINSAL.

## Indicación de insulino terapia

Indican falla de la célula b pancreática, las siguientes condiciones clínicas:

- Incapacidad para mantener niveles glicémicos adecuados a pesar de recibir dosis máximas de hipoglicemiantes orales, de los cuales uno debe ser insulinoscretor.
- Haber perdido peso en forma acelerada y/o tener un peso cercano al deseable.
- Descartar la presencia de enfermedades intercurrentes (infecciones, infarto, politraumatismos).
- Se debe iniciar insulino terapia en primera línea en descompensaciones agudas graves y dejar para una etapa posterior la indicación de un hipoglicemiante oral.
- Se debe administrar en forma transitoria cuando se usan medicamentos que alteran la glicemia (glucocorticoides), cirugía y embarazo.

## Insulino terapia en sujetos con peso normal

Iniciar con insulina nocturna como en el caso de obesos, en dosis de 0.1 U/kg y ajuste posterior. Si HbA1c persiste >8%, considerar insulina NPH antes del desayuno y reevaluar uso de hipoglicemiantes orales, porque pueden ser suspendidos. Si con insulino terapia no logran la meta de glicemia y HbA1c referir a especialista.

## Insulino terapia en sujetos obesos

Si con dosis máxima de metformina y glibenclamida no se logra la meta, adicionar insulina NPH nocturna en dosis inicial de 0.1 U/kg e ir ajustando. Esta terapia asociada a la anterior, permite utilizar dosis de insulina más bajas que con insulino terapia exclusiva, lo que evita el aumento de peso asociado al uso de ésta. Además, facilita el inicio de insulino terapia.

## • **Tratamiento no farmacológico**

### Ejercicio físico

Tiene múltiples beneficios como la captación de la glucosa por el músculo, potencia la acción de la insulina y disminuye los niveles de colesterol y triglicéridos aumentando los de colesterol HDL, que movilizan grasa desde la circulación general y finalmente ayudan a controlar la presión arterial y mejorar los niveles de hemoglobina glicosilada.

La actividad física regular se asocia entonces a una reducción en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. El efecto protector es mayor cuando el riesgo cardiovascular es mayor. Los beneficios del ejercicio en la DM2 están bien documentados en relación al control de la glicemia y múltiples factores de riesgo cardiovasculares.

La dieta es más efectiva que la actividad física para lograr una baja de peso, sin embargo, la combinación de actividad física con una dieta cardioprotectora y la reducción de la ingesta calórica contribuye a una mayor pérdida de peso. Un meta análisis que investigó el efecto de la dieta por sí sola, el ejercicio por sí solo, o la dieta junto al ejercicio para bajar de peso, mostró que la dieta junto al ejercicio y la dieta por sí sola, fueron significativamente más efectivos en lograr una reducción de peso que el ejercicio por sí solo.

Aunque la dieta es más efectiva, la evidencia sugiere que la actividad física puede ser el principal predictor de una mantención de la pérdida de peso en el tiempo.

Previo inicio de un programa de actividad física es importante verificar:

- ECG normal.
- Ausencia de retinopatía avanzada, pie diabético o neuropatía.
- Plan de actividad física personalizado según estado físico, edad, peso e historia médica.
- Recomendar la caminata rápida, bicicleta, natación o baile.
- Acompañado de Educación estructurada (individual o grupal, continua y evaluada).
- Esto a causa de que el ejercicio físico puede implicar riesgos para la persona con DM2 como son la hipoglicemia o el infarto agudo al miocardio.

#### Recomendaciones:

Toda persona diabética sedentaria debe intentar hacer un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada (3-6 METs) la mayoría de los días de la semana. Puede acumular los 30 minutos diarios en bloques de 10 minutos cada vez.

Aquellos que ya realizan 30 minutos de actividad física de intensidad moderada deben ser estimulados para aumentar la intensidad o la duración de la actividad física, para aumentar sus beneficios y su acondicionamiento cardio-respiratorio.

Adicionalmente, promover ejercicios contra resistencia 3 veces por semana, utilizando todos los grupos musculares y progresando hasta lograr tres series de 8 a 10 repeticiones por cada ejercicio.

Previo a la actividad física:

- hidratación con 1 litro de líquido 2 horas antes
- calentamiento previo 5-10'
- debe existir fase de enfriamiento de 5-10'<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2006). *Programa Salud Cardiovascular: Programa de actividad física para la prevención y control de factores de riesgo cardiovasculares*. Disponible en línea en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Extraído en junio, 2010.

### Manejo nutricional asociado a control ponderal:

El manejo nutricional de la persona con DM2 tiene como objetivo lograr que el paciente:

- Tome conciencia y esté dispuesto a hacer los cambios que sean necesarios en su alimentación y actividad física para mejorar su estado nutricional y mantener la diabetes controlada.
- Practique los principios básicos de una alimentación saludable. Esto significa comer abundantes verduras y frutas diariamente, tomar leche o yogur con poca grasa, preferir el pescado, pavo o pollo a las carnes rojas, comer legumbres y granos enteros y beber mucha agua.
- Estos alimentos permiten estar sanos y vivir mejor, porque aportan una cantidad suficiente de proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, antioxidantes y agua. Gracias a ellos, el cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.
- Modifique sus malos hábitos de alimentación, haciendo un cambio a la vez, empezando por aquellos que tengan una mayor probabilidad de éxito.
- Mantenga una alimentación variada y equilibrada, utilizando los conceptos de los grupos de alimentos, las porciones e intercambios.

Según la pirámide alimentaria existen grupos de alimentos y se agrupan por niveles:

**Primer nivel (3-10 porciones):** es la parte más baja de la pirámide o base, se encuentran los cereales, el pan, las papas y las leguminosas frescas. Este grupo de alimentos aporta la mayor parte de las calorías que un individuo sano consume al día. La cantidad que se consume debe ser proporcional al gasto energético de cada persona, el que a su vez está condicionado por su edad y sexo y actividad física. Así las personas más activas, que gastan una mayor cantidad de energía, pueden consumir una mayor cantidad de estos alimentos que las personas sedentarias de su misma edad y sexo.

**Segundo nivel (verduras 2-5 porciones; frutas 2-4 porciones):** mirado desde la base, está dividido en dos compartimentos, donde se ubican las verduras y las frutas, respectivamente. Estos grupos son muy importantes debido a su aporte vitamínico, de antioxidantes, y por su contenido de fibra. Se debe tratar de estimular su consumo en todos los grupos de edad.

**Tercer nivel (2-4 porciones):** ubicado al centro de la pirámide, también está subdividido en dos partes: el grupo de los lácteos y el que agrupa a carnes, pescados, mariscos, pollos, huevos y leguminosas secas.

El grupo de los lácteos es particularmente importante por su aporte de calcio y proteínas de alto valor biológico. Todas las personas deben tratar de consumir leche diariamente. Se recomienda a personas con sobrepeso u obesidad preferir las leches

semidescremadas o descremadas, que mantienen su aporte de nutrientes esenciales con un menor contenido de grasas calóricas.

En el grupo de las carnes se enfatiza el consumo de pescado, por su excelente aporte de proteínas, hierro y, en especial, porque aporta grasas necesarias para la salud que contienen un efecto preventivo de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Después del pescado, se recomienda preferir las carnes blancas, por su menor contenido de grasas y, en el caso de las carnes rojas, las carnes magras. Este grupo se caracteriza por su aporte de proteínas de alto valor biológico, hierro y zinc, minerales esenciales de buena biodisponibilidad.

**Cuarto nivel (1-3 porciones):** el penúltimo nivel de la Pirámide es un compartimento relativamente pequeño que agrupa a los aceites, grasas, mantequilla, margarina y aquellos alimentos que contienen una importante cantidad de grasas, como las aceitunas, nueces, y maní. En este grupo, se recomienda preferir los aceites vegetales de maravilla, oliva, canola, soya y los alimentos como paltas y aceitunas, porque contienen ácidos grasos esenciales para el organismo. El consumo debe ser moderado, de acuerdo a las necesidades energéticas del individuo. En todos los casos se recomienda tener un bajo consumo de grasas de origen animal, por su contenido de ácidos grasos saturados y colesterol.

**Quinto nivel:** es el compartimento más pequeño y es allí donde se ubican el azúcar, la miel y los alimentos que los contienen en abundancia. Se recomienda que el consumo de estos alimentos sea moderado.

Para el control de la hiperglicemia post-prandial se recomienda:

- Incluir alimentos de alto contenido en fibra con un índice glicémico bajo a moderado en cada comida.
- Distribuir en forma uniforme durante el día los alimentos que contienen carbohidratos.
- Evitar alimentos con grandes volúmenes de carbohidratos en una sola comida.
- Aprender maneras de reducir el consumo de grasas.
- Aumentar el consumo de verduras, legumbres y pescado.
- Identificar situaciones que pueden producir hipoglicemia y actuar en forma preventiva.
- Mantener un buen control de la DM2 en situaciones de excepción, como fiestas o viajes.
- Si bebe alcohol que se haga con moderación, si no tiene una contraindicación.
- Incrementar en forma gradual el nivel de actividad física.

Los requerimientos nutricionales de las personas con DM2 son iguales a los de la población general y su alimentación no debe ser diferente a la del grupo familiar. Una dieta saludable debe incluir alimentos de todos los grupos, en las cantidades apropiadas

a las necesidades individuales como por ejemplo, el estado nutricional de la persona con DM2.

- Normal: se prescribe un plan de alimento normo calórico entre 30 y 35 Kcal/kg/día, según se trate de una persona sedentaria o con una actividad moderada, respectivamente. Si se ha logrado mantener un peso aceptable con la ingesta habitual, sólo es necesario hacer modificaciones en la contribución de cada grupo de alimentos y no en su valor calórico total.
- Bajo peso: en personas sin antecedentes de desnutrición, la pérdida de peso generalmente indica carencia de insulina o mal control metabólico con gran pérdida calórica por glucosuria y no necesariamente una baja ingesta alimenticia.
- Sobrepeso: la indicación es un plan de alimentación bajo en calorías, que junto con la reducción de peso, contribuya a controlar los niveles de glicemia, lípidos y presión arterial.
- Obesos: se indica reducir 500 Kcal diarias sobre su requerimiento. La mayoría de las dietas hipocalóricas efectivas contienen 1.000 a 1.500 Kcal/día. Evitar dietas de muy bajas calorías (<1.000 Kcal), las que no logran una buena adherencia y pueden causar déficit de nutrientes específicos a largo plazo. Se debe aumentar la ingesta de vegetales, restringir las grasas saturadas y eliminar el consumo de alimentos fritos. Dado que la mayoría de las personas diabéticas son hipertensas y/o dislipidémicas, debe indicarse, además, una reducción en el aporte de colesterol y sodio.

Un factor importante en la selección de los alimentos al momento de comprarlos, es la lectura del etiquetado nutricional, cuyo principal objetivo es lograr que la persona que los adquiere y eventualmente los consume, conozca sus características y aportes nutricionales. Estas etiquetas trabajan con valores de referencia, sobre la cantidad de nutrientes adecuada para cubrir las necesidades diarias de personas sanas en largos períodos de tiempo.

Los valores de referencia para nutrientes tales como lípidos y grasas saturadas, están basados en una dieta diaria con 2300 Kcal. La grasa total está calculada con un 30% de las calorías diarias y las grasas saturadas con un máximo de 10% de las calorías diarias. Las guías alimentarias, sumadas a la información que entrega el etiquetado nutricional de los productos alimenticios, permiten a la población chilena seleccionar los alimentos y dietas que sean considerados saludables.

El etiquetado nutricional debe tener un formato único, de esta manera facilita la comprensión por parte del consumidor y la comparación con otro producto respecto a sus valores nutricionales.

La etiqueta tiene por título “Información Nutricional” y está dividida en tres segmentos, el primero informa sobre la porción de consumo habitual, el segundo describe macronutrientes tales como las proteínas, grasas e hidratos de carbono y el tercero

informa sobre las vitaminas y minerales, todo esto con el porcentaje de los valores de referencia.

Existen características en los consumidores que influyen directamente en la capacidad de comprender la información entregada en la etiqueta nutricional, entre ellas están:

- Edad: a mayor edad, mayor dificultad en comprender y realizar cambios.
- Educación: el nivel educacional influye en la capacidad de entender la información, siendo directamente proporcionales.
- Estado de salud.
- Conciencia y motivación: la motivación es uno de los principales factores, pues sin ésta se hace difícil la comprensión.

El personal de salud debe ser capaz de considerar estos factores al momento de incentivar la comprensión del etiquetado nutricional, además de ayudar a las personas a tomar conciencia sobre esta información, utilizándola como una herramienta de autocuidado<sup>10</sup>.

#### Uso de edulcorantes

Los edulcorantes no calóricos, tales como el aspartame, la sacarina, el ciclamato y la sucralosa, con un poder endulzante 180 a 600 veces mayor a la sacarosa, no tienen efecto en las concentraciones de glucosa post-prandiales. Tampoco el suplemento dietario estevia (*Stevia rebaudiana* Bertoni) cuyo extracto es hasta 300 veces más dulce que el azúcar y cuyo aporte energético por dosis estándar es insignificante.

Por el contrario, edulcorantes como el sorbitol y la fructosa tienen el mismo valor calórico que la sacarosa lo que debe tenerse en cuenta cuando se consumen como parte de productos elaborados.

Vale la pena considerar el costo económico adicional de este tipo de productos.

#### Abandono del hábito tabáquico

Es de gran importancia el abandono del consumo de tabaco por los efectos perjudiciales que poseen los componentes de éste para la salud. Debido a que la nicotina "compite" o "expulsa" la molécula de oxígeno dentro de la hemoglobina, es fundamental que estos pacientes no fumen, para esto se ha creado un programa especial dentro del programa de Afecciones Respiratorias en los consultorios, que tiene incorporada consejería para los pacientes que ingresan.

---

<sup>10</sup> Castillo, C.; Uauy, R. y Atalah, E. (1997). *Guía de Alimentación para la población chilena*. Santiago, Chile: Ed. Diario la Nación.

El tabaquismo es un factor de riesgo mayor e independiente de enfermedades cardiovasculares y otras patologías. Toda persona que fuma y con mayor razón la persona con DM2, quien tiene un riesgo cardiovascular más elevado, debe recibir consejería y apoyo para dejar de fumar.

El abandono del hábito tiene efectos importantes e inmediatos para los fumadores de todas las edades. Ex fumadores tienen menos días de enfermedad, menos molestias de salud y se perciben más saludables. Desde el primer día de cesación del hábito, el riesgo de IAM se reduce. El riesgo añadido de enfermedad cardiovascular se reduce a la mitad al año de abstinencia. El riesgo de un evento coronario se reduce al nivel de un no fumador a los 5 años. En aquellos con una enfermedad cardiovascular, la cesación reduce en un 50% el riesgo de recurrencia o de mortalidad.

### Disminución del hábito alcohólico

Según lo referido en la Guía clínica de DM2 del MINSAL 2009, los estudios de cohorte prospectivos indican que un consumo moderado de alcohol se asocia a una reducción de 30 a 80% del riesgo coronario en adultos con DM2. El menor riesgo se asocia a un consumo promedio diario de alcohol de 5 a 15 gramos en mujeres y 14 a 28 gramos en hombres, al compararlo con el no consumo. Esta recomendación es ligeramente más baja que la recomendación para la población general.

Debe tenerse presente que las bebidas alcohólicas entregan calorías y pueden tener efectos sobre el peso corporal, niveles de triglicéridos y presión arterial. Los licores dulces por su alto contenido en azúcar están prohibidos para ser consumidos por los diabéticos.

La ingesta de 2 a 3 vasos de vino o la cantidad equivalente en cerveza produce una reducción no significativa en la glicemia, sin un aumento del riesgo de hipoglicemia. El consumo moderado de alcohol ingerido durante una comida tiene un efecto muy leve sobre la glicemia postprandial.

Considerando los riesgos y daño asociado al consumo abusivo de alcohol, los profesionales de la salud deben ser cautelosos en que el mensaje no sea mal interpretado y se promueva el consumo indiscriminado.

Este tratamiento corresponde al indicado en la guía clínica del MINSAL para el manejo y control de la DM2. Muchas personas, sin embargo, tienen sus propias creencias o conocimientos sobre otro tipo de tratamientos y recurren a ellos buscando resultados. A continuación se detallan algunos de ellos.

- **Tratamiento quirúrgico: Cirugía Metabólica<sup>11</sup>**

La Cirugía Metabólica se refiere al tratamiento quirúrgico de la DM2, representando una nueva opción de tratamiento para esta enfermedad, hasta hoy, considerada sólo de tratamiento médico.

La Cirugía Metabólica deriva de la cirugía bariátrica o cirugía para la obesidad mórbida. Se realizan dos tipos de intervenciones: el Bypass gástrico y el Bypass duodeno-yeyunal, el cual consiste en excluir el duodeno y el segmento proximal del yeyuno (primeras porciones del intestino delgado) del tránsito de los alimentos, produciendo cambios en hormonas y receptores ubicados en esta área, las cuales tienen que ver con el control de la glicemia. A diferencia de la cirugía bariátrica, la cirugía metabólica se puede realizar en pacientes con un IMC menor de 35%, ya que el objetivo principal de la misma es el tratamiento de la diabetes y no de la obesidad. En este tipo de cirugía se ha reportado remisión de la DM2 en un 85% de los casos y mejoría en un 15%. Es ideal para pacientes que por algún motivo no pueden llevar de manera correcta su tratamiento o aquéllos de difícil control.

Criterios para la selección de pacientes en este tipo de cirugía:

- Edad entre 25-60 años.
- Índice de Masa Corporal entre 26 - 35 %.
- DM2 con menos de 10 años de evolución.
- Tratamiento con hipoglicemiantes orales, o con un máximo de 7 años utilizando insulina.

- **Tratamientos alternativos**

La DM2, al ser una enfermedad crónica, hace que las personas que la portan tengan que habituarse a convivir con ella y sobrellevarla de la mejor manera posible. Es ahí, donde la medicina natural ofrece muchas respuestas para tratarla como un recurso, sin la necesidad de abandonar los tratamientos habituales que ofrece la medicina convencional.

Sabemos que el conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad es crucial para lograr un adecuado control metabólico, asegurar una buena calidad de vida y evitar complicaciones. Esto es mucho más importante en los pacientes diabéticos recién diagnosticados, quienes reaccionan inicialmente con negación y pesimismo y por otro

---

<sup>11</sup> Betances, A. (2008). *Instituto bariátrico*. Disponible en línea en: [www.bariatrica.com](http://www.bariatrica.com). Extraído en septiembre, 2010.

lado, son más vulnerables a creer en “tratamientos milagrosos” que leen o escuchan, incluso llegando a incorporarlos como tratamiento único<sup>12</sup>.

Algunas falsas creencias en torno a la DM pueden ser:

- “Yo no puedo tener diabetes, ya que nunca como dulces”
- “Diabético es el que se pone insulina, yo sólo tengo un poco de azúcar”
- “Yo tengo la diabetes de tipo 2, «que es buena»; «la mala» es la de tipo 1”
- “La insulina me puede dejar ciego”
- “Sólo la insulina puede producir bajadas de azúcar peligrosas”
- “Hice dieta unos meses y se me curó la diabetes”
- “Yo no tengo diabetes, tengo prediabetes”
- “Yo me encuentro bien, no necesito medicarme para la diabetes”<sup>13</sup>

El tratamiento de enfermedades mediante la homeopatía es un recurso que se ha vuelto bastante habitual como contrapartida de la medicina alopática, tal y como se entiende en el mundo occidental. Partiendo de preceptos totalmente naturales, esta rama de la medicina se ha constituido como una alternativa totalmente válida y saludable<sup>14</sup>.

No se han comprobado efectos terapéuticos hipoglicemiantes pero sí coadyuvantes.

A través de la revisión bibliográfica, se observan múltiples recetas que integran hierbas, frutas y plantas, mayormente preparadas en infusión, las que aseguran reducir los niveles de azúcar sanguínea. La medicina alopática no apoya esta alternativa, ya que no se han reportado casos demostrables de curación de la enfermedad ni es posible descifrar el poder hipoglicemiante de las hierbas y su relación con niveles sanguíneos.

Podemos destacar los siguientes hipoglicemiantes naturales, según la creencia popular:

- Licuado de zanahoria, apio y papa, licuado de zanahoria, brúsculas y arvejas, licuado de nopal y aloe vera, licuado de chayote y piña, té de hojas de frambuesa, infusión de raíz de ortiga, pata de vaca, hojas de higuera, salvia, té blanco o té verde, leche de alpiste, caldo con toronjil, perejil, apio, zumo de limón y ortiga, infusión de eucalipto, aceite de hígado de bacalao, vino blanco y romero.
- Consumo de ajo, cebolla, canela, nopales, ginseng y alcachofas y verduras con alto contenido de hierro como las espinacas y los berros.
- Otras prácticas<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup>Diabetes Hands Foundation (2010), *Mitos y falsas creencias sobre la diabetes*. Disponible en línea en: [www.estudiadiabetes.org](http://www.estudiadiabetes.org). Extraído en mayo, 2010.

<sup>13</sup>Chico A.(2007) *decálogo de errores frecuentes*. Disponible en línea en: [www.dmtipo2.com](http://www.dmtipo2.com). Extraído en mayo, 2010.

<sup>14</sup>Diabetesdietmellitus.Com (2007). *Remedios homeopáticos contra la diabetes*. Disponible en línea en: [www.diabetesdietmellitus.com](http://www.diabetesdietmellitus.com). Extraído en mayo, 2010

<sup>15</sup>Mira, J. (2005) *Innatia*. Disponible en línea en: [www.innatia.com](http://www.innatia.com). Extraído en septiembre, 2010.

### Chocolate enriquecido:

Según investigaciones que se han realizado en Alemania, un chocolate enriquecido con flavonoides (sustancia antioxidante que también está presente en el té verde o el vino) podría ser muy beneficioso para la DM2, sobre todo para los problemas arteriales que ésta genera.

### Yoga:

Practicar yoga ayudaría al tratamiento de la DM2, pues enseña como respirar correctamente, relaja y ayuda a meditar, ya que la evolución de la enfermedad tiene mucha relación con problemas emocionales.

### Acupuntura:

La acupuntura es una de las tradiciones milenarias que también ayudaría en el tratamiento de la DM2. Por esa misma razón, algunos estiman que su práctica puede derivar en un mejor estado para aquellas personas que posean esta enfermedad.

Algunos de los síntomas que pueden tratarse mediante la acupuntura en el diabético son la sed, la polifagia, la poliuria, ansiedad, sudoración nocturna, astenia, fatiga y cefalea, entre otros síntomas. También aumentaría la secreción de insulina.

La acupuntura, tendría como base el hecho de lograr un mejor metabolismo de carbohidratos, evitar la cetoacidosis y la deshidratación, retrasar las complicaciones vasculares y no causar hipoglicemias.

### ✓ Compensación y descompensación

Paciente diabético compensado es aquel paciente con niveles sanguíneos de glucosa inferiores a 110 mg/dl y hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7%, mientras que el paciente descompensado será el que tenga glicemia por sobre tal valor y HbA1c >7%, en el último examen.

Que un paciente esté compensado no significa que siga su tratamiento e indicaciones con completa adherencia, ya que la glicemia en sangre puede modificarse de un momento a otro por distintas causas (estrés, emociones, etc.). El resultado de la HbA1c nos dará información más fidedigna para medir el comportamiento del paciente ante su enfermedad a los tres meses de tomada ésta. Un paciente compensado tiene menos probabilidades de presentar complicaciones en comparación a un paciente descompensado.

## ✓ Complicaciones

Las complicaciones que puede llegar a presentar una persona con DM2 pueden ser agudas y crónicas.

### • **Complicaciones agudas:**

- Hipoglicemia: ocurre cuando la glicemia desciende bajo los 50 mg/dl, puede ser causada por elevada dosis de insulina, agentes hipoglicemiantes orales, falta de alimento o actividad física exagerada. Pueden presentarse signos y síntomas tales como: diaforesis, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo y hambre. La falta de glucosa en el cerebro puede originar cefalea, mareos, confusión, visión doble y somnolencia.
- Coma hiperosmolar no cetótico: se presenta cuando predominan la hiperosmolaridad y la hiperglicemia con alteraciones de conciencia. En este caso no hay cetosis ni acidosis, en parte debido a las diferencias en la cantidad de insulina existente que es muy baja, por lo tanto, no se puede evitar la hiperglicemia y posterior diuresis osmótica, pero no se llega a niveles en que requieran degradación de grasas.

### • **Complicaciones crónicas:**

- Complicaciones macrovasculares

Resultan de los cambios en los vasos sanguíneos de medianos a grandes, las paredes de los vasos se engruesan, esclerosan, y se ocluyen por placas, lo que provoca obstrucción del flujo de sangre. La arteriopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica son los tres tipos principales de complicaciones macrovasculares que ocurren con mayor frecuencia en pacientes diabéticos.

- Complicaciones microvasculares

Se caracterizan por el engrosamiento de las membranas basales de los capilares que rodean a las células capilares endoteliales, todo esto es producto de la hiperglicemia mantenida, la que provoca una serie de reacciones químicas que engruesan la membrana varias veces su capacidad.

Las complicaciones microvasculares sólo se observan en diabéticos y se presentan a nivel de la microcirculación de la retina, riñón, y sistema sensitivo motor y autónomo. Es así como podemos encontrar, respectivamente, retinopatía diabética, nefropatía diabética, neuropatía periférica y pie diabético.

Cuando el paciente hace un buen seguimiento de las indicaciones y tratamiento prescrito, las complicaciones pueden tardar su aparición e incluso ser prevenidas

totalmente. No obstante, la adhesividad es un factor difícil de manejar tanto para la persona que porta la enfermedad, como para el equipo interdisciplinario.

#### **1.7.4 Adhesividad al tratamiento**

De acuerdo a lo expresado por la Enfermera del programa Cardiovascular del consultorio Plaza justicia de Valparaíso (2010):

“Para la persona con DM2, la enfermedad la obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control, como la alimentación y el ejercicio. Los pacientes deben asistir a consulta, cumplir con las indicaciones médicas y llevar métodos de control metabólico (glicemia, presión arterial, perfil lipídico) para prevenir la aparición de complicaciones crónicas. En caso de que éstas ocurran, el manejo incluye la participación de especialistas (oftalmólogos, nefrólogos, neurólogos) y el uso de instalaciones y equipo a un costo elevado. Podemos afirmar que el diagnóstico de DM2 produce un impacto importante en las personas, presentando una reacción emocional intensa al saber que padece una enfermedad incurable que durará toda la vida; además, implica también cambios en el estilo de vida.”

La profesional sostiene que lo más difícil en los pacientes diabéticos es la adherencia a las indicaciones nutricionales, ya que Chile es un país en el que se cree que ser gordito es sinónimo de ser sano, y en el caso del paciente diabético al disminuir el consumo de masas, papa, arroz, etc., alimentos que son básicos en una dieta normal, se ven frustrados”

#### **✓ Adaptación de la persona con DM2 a su enfermedad**

El término adaptación actualmente se utiliza en diversos contextos que tienen en común el significado de “acomodar o ajustar cosas”. Al referirse a las personas, el término indica acomodarse o ajustarse a circunstancias o condiciones. Davidoff (1979) señala que una persona bien adaptada:

- Tiene sentimientos positivos de sí misma y se considera competente y con éxito en la vida.
- Muestra un sentido de autonomía e independencia.
- Es activa, laboriosa y enérgica en la consecución de sus intereses.
- Se relaciona armónicamente con los demás.
- Se siente satisfecha de su vida, disfruta de ella y no la abruma los problemas.

Palmero y Fernández (1998) aplican el concepto de adaptación en la psicología de la salud al definirla como el ajuste continuo de la globalidad de la persona a las exigencias, restricciones o limitaciones que le impone su propia vida como algo inherente a ella; de

esta forma comprende aspectos que tienen que ver con los comportamientos y el estilo de vida de una persona o comunidad.

La capacidad de ajuste consiste en la habilidad para resolver y afrontar tensiones y problemas con un mínimo de alteración, por lo cual deben tomarse en cuenta las consecuencias inmediatas y mediatas de la conducta.

### ✓ **Factores que intervienen en la adaptación**

Existen diversos factores que intervienen en la calidad de la adaptación. Entre ellos se encuentran el nivel de tolerancia ante la demora de la satisfacción de necesidades del individuo, la cual se desarrolla mediante la socialización; por otro lado, la flexibilidad de los individuos para poder cambiar la fuente de satisfacción de sus necesidades y la posibilidad de buscarla en forma continua, ya que la persona no tendrá muchos logros si abandona sus metas cuando se le presenten obstáculos.

Existe también una relación entre ajuste y afrontamiento, entendiendo por afrontamiento el esfuerzo cognitivo y conductual desarrollado para manejar demandas específicas en situaciones que, de acuerdo con la evaluación del individuo, rebasan sus recursos. En el caso de la DM2 se refiere a las exigencias del autocuidado, al tratamiento farmacológico y al control glicémico.

A continuación se describen las fases del proceso de adaptación a las enfermedades crónicas:

- **Reacción de choque (aturdimiento, distanciamiento):**

Constituye una respuesta de emergencia y se caracteriza por la presencia de aturdimiento, porque se produce de una forma automática, y porque ocasiona un sentimiento de “estar observando” la situación en vez de participar en ella. Ocurre cuando el individuo recibe el diagnóstico. Puede durar pocos días o semanas.

- **Reacción de encuentro (pérdida, indefensión, desesperanza):**

Durante esta fase el paciente se siente sobrepasado por los acontecimientos, es incapaz de razonar y de planificar sus esfuerzos para resolver los problemas que su nueva situación le plantea. Dado que las reacciones son muy estresantes, los enfermos crónicos suelen usar estrategias evitativas durante esta fase, sobre todo la negación.

- **Retraimiento (negación):**

Durante esta fase el paciente tiende a negar la existencia de la enfermedad o sus implicaciones. Sin embargo, este tipo de conducta no puede sostenerse porque la situación no cambia. Diagnósticos adicionales la confirman: los síntomas persisten o

empeoran, las limitaciones siguen presentes, empujando todo ello al enfermo a la siguiente etapa. Esta fase es la puerta para la progresión del paciente hacia una aceptación a su condición. Las estrategias evitativas de afrontamiento pueden ser positivas para el enfermo y pueden ayudarlo a la adaptación momentánea, pero si continúa utilizándolas, los efectos pueden tornarse finalmente negativos para la adaptación y para su calidad de vida.

- **Aceptación:**

En esta fase el individuo admite vivir con la enfermedad y comienza el restablecimiento de su vida, busca información a cerca de la enfermedad y modifica ciertos hábitos en el estilo de vida.

Estudios psicosociales en el ámbito de la enfermedad crónica han subrayado el valor de incorporar la perspectiva del paciente cuando se intenta comprender la enfermedad como un fenómeno psicológico y social, y no sólo como un trastorno biológico. Es ahí donde se origina el apego o desapego al tratamiento, el plan de alimentación y la adaptación emocional de cada persona que porta la enfermedad.

Por lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que las personas que se adaptan a una enfermedad crónica tienen recursos psicológicos para mantener su autoestima, encontrar un sentido a la enfermedad y mantener la esperanza, logrando poner en práctica mecanismos de afrontamiento adecuados ante los problemas que puedan presentarse para, posteriormente, generar respuestas adecuadas. Es en este momento donde se consigue mejorar la calidad de vida.

✓ **Cambios emocionales en el paciente con DM2**

Puede existir una serie de cambios emocionales que se originan en el diabético desde el momento de recibir su diagnóstico hasta que acepta la enfermedad, como:

- “Negación y rechazo a la enfermedad
- Sentimientos y pensamientos de muerte o invalidez
- Conflictos de dependencia - independencia
- Disminución de la libido
- Chantajes y búsqueda de sobreprotección
- Ansiedad y depresión
- Anorexia o ingestión exagerada de alimentos
- Manipulación unida a agresividad y culpabilidad
- Autoagresión y, en ocasiones, suicidio
- Descuido en la apariencia relacionado con la baja estima (tanto hacia su persona como hacia los demás)

- Irresponsabilidad así como necesidad de aprobación y atención”.<sup>16</sup>

La realidad chilena muestra que, a pesar de todos los esfuerzos que realiza el equipo de salud, la cantidad de recursos financieros involucrados en la compra de fármacos y el gran número de consultas médicas que demandan estos pacientes, el porcentaje de usuarios diabéticos compensados está muy por debajo de la norma solicitada por el MINSAL, que es de un 50% de los pacientes en control, existiendo además un porcentaje de pacientes que no asisten con regularidad a sus controles, lo que también afecta su tratamiento.<sup>17</sup>

### ✓ **Deficiencias causantes de baja adhesividad en distintos niveles**

#### **Deficiencias Organizacionales:**

- Insuficiente articulación sinérgica entre la promoción de salud y el enfoque de detección y manejo de factores de riesgo modificables.
- Elevada rotación o insuficiencia de profesionales de Atención Primaria.
- Deficiencia en estímulos para el equipo de trabajo proveedor de educación, alineados con resultados en salud.
- Insuficiencia de capacitación continua para el personal de salud.
- Insuficiencia en recursos humanos, horas médico-enfermera-nutricionista.
- Insuficiente articulación de los Centros de Salud con los recursos de la Comunidad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes con factores de riesgo.

#### **Deficiencias en el Personal de Salud:**

- Deficiencias en el trabajo en equipo.
- Deficiencias en actitudes y habilidades de relación y comunicación interpersonal que genera una relación de Personal –Paciente, asimétrica y de predominio autoritario.
- Deficiencias en las actitudes o habilidades para estimular y aprovechar los recursos del contexto local (recursos propios del paciente, familia y comunidad).
- Equipos paternalistas que no han considerado, por ejemplo, la cultura, territorialidad y el género de los pacientes.

---

<sup>16</sup> Guzmán, R. y Silva P. (2006). *Psicodiabetes enfoque biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Psicom editores

<sup>17</sup> Casanova, M. y Muñoz, A. (2002) *Factores Asociados a la Adhesividad al Tratamiento de los Diabéticos de 20 a 64 años, en Dos Centros de Salud Urbanos de la Comuna de Ovalle, Durante el Primer Semestre del Año 2002*. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

### **Deficiencias del paciente:**

- Baja escolaridad.
- Generación de sentimiento de apatía o angustia al saberse portador de un problema crónico de salud controlable pero no curable.
- Insuficiente red de apoyo familiar y social.
- Rótulo de enfermo crónico y tener percepción de estar sano.
- Preocupación por el cumplimiento de sus roles familiares, laborales y sociales.
- Bajos ingresos económicos, lo cual le hace pensar que no podrán seguir un estilo de vida saludable con el mismo dinero.
- Algunos valores y creencias que interfieren en el tratamiento.
- Estilos de vida con necesidad de ser modificados.
- Grado de complejidad para efectuar el tratamiento como: horarios, nombre de los medicamentos y ordenamiento de la alimentación<sup>18</sup>.

Existen ciertos modelos que se aplican a los pacientes y a sus creencias y conductas respecto de la salud, dentro de ellos está el modelo de creencias en salud de Becker y Rosenstok (1984), según éste las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.

Por su parte, la teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias.

Actuar sobre estos factores permitirá que se establezca un cambio en la adhesividad de los pacientes con enfermedades crónicas.

Particularmente, los pacientes diabéticos deben ingresar a un programa que sea capaz de darles un tratamiento basado en una nutrición, actividad física y educación apropiada a su estado además del tratamiento con fármacos, lo que debe motivar a estos pacientes a un cambio de conducta hacia estilos de vida saludables, pero ocurre que muchas personas prefieren seguir un tratamiento con hipoglicemiantes orales y desentenderse de dietas y ejercicios físicos; otras sienten temor de recibir medicamentos, sobre todo frente a la perspectiva de su empleo a largo plazo.

---

<sup>18</sup> Bello. M, Molina. S (2007) *Baja adhesividad de los usuarios diabéticos en relación a su tratamiento*. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno, marzo - mayo del 2007. Programa de diplomado en salud pública y familiar, Universidad Austral de Chile.

Por lo anterior, los equipos de salud deben aplicar programas que sean creativos y logren captar al mayor número de pacientes posibles, con controles rigurosos en cuanto a parámetros a medir como es la glicemia y el peso o masa corporal, pero lo suficientemente atractivos y entendibles para los usuarios, con el fin de lograr que estos pacientes, que de por sí ya llevan una carga emocional importante por su enfermedad, sean capaces de asistir regularmente a sus controles, comprender y realizar las indicaciones dadas, adherir al programa planteado y lograr mantenerse compensados conviviendo con su enfermedad y evitando las complicaciones a largo plazo.<sup>19</sup>

La educación del enfermo constituye la estrategia básica que, en último término, define la efectividad del tratamiento, y se realiza en cada uno de los controles, por el profesional nutricionista, médico y enfermero/a y que es inherente a esta actividad. Además se realiza la entrega de contenidos educativos durante sesiones grupales.

Se ha documentado que menos del 75% de los pacientes “educados”, adhieren a las medidas dietarias indicadas, consecuentemente, el cumplimiento del tratamiento en el largo plazo es el principal problema en el control de la enfermedad, por lo que el equipo de salud debe reconocer que este hecho requiere un compromiso continuo tanto de sí mismo como de las personas diabéticas<sup>20</sup>.

Sea cual sea la intervención que se realice, todo debe apuntar hacia una mejora en el área de la adhesividad, ya que de ella depende la calidad de vida de este tipo de pacientes.

### ✓ **Impacto del estrés ante la enfermedad**

Múltiples estudios clínicos en diferentes campos de la medicina han mostrado que la palabra más adecuada para describir la relación entre el estrés y la salud es el impacto, pues los factores psicosociales no son causa de enfermedad, pero desempeñan un rol en la alteración de la susceptibilidad del paciente a las enfermedades.

Sin embargo, las consecuencias adaptativas determinadas tanto por la evaluación como por el afrontamiento, hacen referencia al funcionamiento social del individuo, a sus valores, a su estado de bienestar y a su salud. La relación de identidades tanto individuales como sociales, provoca cierto grado de confusión entre las personas y los

---

<sup>19</sup> Casanova, M. y Muñoz A. (2002) *Factores asociados a la adhesividad al tratamiento de los diabéticos de 20 a 64 años, en dos centros de salud urbanos de la comuna de Ovalle, durante el primer semestre del año 2002*. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

<sup>20</sup> Sepúlveda, A.; Jofré, A.; Gatica, H.; Cortés, A. y Vergara, C. *Algunos factores que influyen en la adhesividad al tratamiento alimentario en la población diabética tipo 2, mayor de 20 años, bajo control, de tres centros de la salud de la comuna de Coquimbo en el año 2002*. Disponible en línea en: [www.medicina.uach.cl](http://www.medicina.uach.cl). Extraído en mayo, 2010.

sistemas sociales y crea en algunos casos conflictos en el individuo, lo que trae como resultado el estrés. No obstante, en ciertos casos el estrés provoca que las personas desarrollen recursos adaptativos, de tal forma que las personas que se adaptan favorablemente a las diversas situaciones estresantes cuentan con un mayor dominio de habilidades para ajustarse a tales acontecimientos.

De esta forma la adaptación se ve afectada por el estrés, el cual hace referencia a la presión que la persona experimenta, pudiendo producir emociones negativas como ira, ansiedad o tristeza.

“El estrés me ha jugado en contra de la enfermedad porque la emoción no controlada provoca ansiedad, la ansiedad provoca hambre y el hambre provoca comer cosas que uno no debe” –en entrevista a Enfermera portadora de DM2 -.

Existe además una relación entre el estrés y la demanda de insulina. Los estudios señalan que el estrés psicológico incrementa la necesidad de insulina (Amigo Vásquez, Fernández y Pérez Álvarez, 1998). La activación de la rama simpática del sistema nervioso provoca la secreción de determinadas hormonas (epinefrina, norepinefrina, cortisol) que contrarrestan el efecto de la insulina. Esto sugiere que las técnicas de relajación pueden ser útiles en el tratamiento de la diabetes. Varios estudios han encontrado que diferentes tipos de relajación, en conjunción con el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, pueden favorecer o potenciar la tolerancia a la glucosa y reducir las exigencias de insulina en el paciente diabético.

### **1.7.5 Estilo y calidad de vida en el paciente con DM2<sup>21</sup>**

El estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de las personas que indica la línea de orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad. En él se reflejan los hábitos estables, las costumbres y los conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas.

El estilo de vida es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales y se va conformando a lo largo de la historia del sujeto.

El estudio de los estilos de vida supone la consideración de parámetros sociales y culturales que rigen una determinada comunidad. Se propone como estilo de vida saludable aquel comportamiento que promueve un desarrollo humano óptimo y gratificante, actividad física regular y prácticas nutricionales y de higiene adecuadas. Con esto se relaciona también el factor de riesgo que impide garantizar la salud individual, ya que forma parte de nuestra propia naturaleza.

---

<sup>21</sup> Guzmán, R. y Silva P. (2006). *Psicod diabetes enfoque biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Psicom editores.

El diagnóstico de una enfermedad crónica cambiará la forma de cómo la persona se ve a sí misma y a su vida, lo que afecta también su autoconcepto. Ciertamente algunas enfermedades son más amenazadoras que otras, por cuanto implican discapacidad, dolor o amenaza de muerte. Es así que cuanto mayor sea la amenaza percibida de la enfermedad, tantos mayores serán las dificultades de adaptación de la persona que enferma.

Se puede entender el riesgo como una probabilidad de aparición de un acontecimiento desfavorable para la salud en un individuo o población, mientras que un factor de riesgo es toda variable con que dicho riesgo se vincula.

La responsabilidad y la participación de la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de la salud comunitaria, son piezas fundamentales para alcanzar el completo bienestar de todos sus integrantes. Los problemas de salud de una comunidad requieren, por su multicausalidad, del esfuerzo interdisciplinario. Se necesitan acciones, intervenciones y recursos públicos y no sólo sensibilización individual.

“No puede ser la educación sola, requiere además de grupos de apoyo para que entre ellos se potencien y adopten medidas de alimentación constante, sobre todo porque muchas veces los diabéticos son AM” –en entrevista a Enfermera portadora de DM2-.

El trabajo es otro elemento esencial del estilo de vida, ya que ocupa más o menos cantidad de tiempo, dicta un determinado ritmo de vida, consume energía física y psíquica del hombre, e influye en sus concepciones y criterios.

Otros elementos del estilo de vida son:

- El carácter del trabajo y su papel en la vida del hombre.
- El nivel y carácter del consumo.
- La cultura material, la manera de vestirse, y los útiles domésticos.
- La conducta relacionada con la higiene personal y la cultura física.
- El uso del tiempo libre o de descanso.
- La actividad cultural-educativa.
- La actividad socio-política.
- Los contactos sociales y las relaciones no formales.
- El presupuesto.

El comportamiento implicado en la salud es cualquier acción que influye en la probabilidad de consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que afecten el bienestar físico y la longevidad. La investigación epidemiológica ha identificado una gran variedad de comportamientos relacionados con la salud; entre estos se destacan:

- a) Actividad física regular.
- b) Prácticas nutricionales adecuadas.
- c) Comportamientos de seguridad.
- d) Reducción del consumo de sustancias tóxicas.
- e) Fomento de prácticas adecuadas de higiene.
- f) Desarrollo de comportamientos de auto observación.
- g) Desarrollo de un estilo de vida minimizador del estrés.
- h) Desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.
- i) Desarrollo de comportamientos de adaptación vital.
- j) Cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud (adherencia terapéutica).

Se pone de manifiesto que la satisfacción vital es un factor importante, ya que resume la calidad de vida de la persona y la relaciona con otras variables de la personalidad, tales como la autoestima y el neuroticismo, entre otras.

La calidad de vida de una persona con DM2 dependerá de las habilidades para el autocuidado, del apego al tratamiento y de la prevención o adaptación a las complicaciones que se presentan durante la evolución de la enfermedad. Incluye el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las habilidades sociales y la sensación de bienestar respecto a los niveles de glucosa en sangre.

Hay estudios que han demostrado que existe un impacto positivo sobre la calidad de vida al incrementar la actividad física y mantener un adecuado soporte social y emocional (Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoss y Chobanian, 1997). La calidad de vida además se puede ver afectada por la presencia de alteraciones psiquiátricas y complicaciones en la salud, así también como el cumplimiento físico y los problemas a futuro.

En resumen, las investigaciones han demostrado que la calidad de vida se ve disminuida cuando las conductas de autocuidado están relacionadas con la percepción de amenaza.

La relación entre los factores psicológicos y el estado de salud de los individuos se caracteriza por su bidireccionalidad, dado que un deterioro en este último puede generar una serie de consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que repercuten nuevamente sobre la salud del individuo, dando una idea de la continua regulación que dichos factores ejercen entre sí.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Guzmán, R. y Silva P. (2006). *Psicodiabetes enfoque biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Psicom editores.

“Lo más importante que me ha enseñado la enfermedad, es a desarrollar amor a mi misma, a través del autocuidado y protección”-en entrevista a Enfermera portadora de DM2-.

### **1.7.6 El autocuidado y su aplicación en el paciente con DM2, según la Teoría de Dorothea Orem**

El profesional enfermero, en cualquier ámbito que otorgue el cuidado, requiere de un modelo de enfermería que lo guíe. En la profesión existen diversos modelos, elaborados por diferentes enfermeras, todos ellos necesarios de conocer, al momento de desarrollar la labor diaria. Los más conocidos y estudiados son los modelos de Henderson, Orem, Peplau y Rogers.

El autocuidado está definido como la realización de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, además de continuar con el desarrollo personal y bienestar.

Dorothea E. Orem, una de las enfermeras teoristas americanas más destacadas, hace referencia al autocuidado en su Teoría del Déficit de Autocuidado, ésta es una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la Teoría de Autocuidado, que explica por qué las personas cuidan de sí mismas; la Teoría de Déficit de Autocuidado, ésta explica como el profesional enfermero puede ayudar a las personas, y la tercera, la Teoría de Sistemas Enfermeros, la cual explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el arte de la enfermería.

La Teoría de Autocuidado es de utilidad para explicar las actividades que tienen que realizar los pacientes diagnosticados con DM2 para mantener su salud en óptimas condiciones considerando su enfermedad crónica.

Esta teoría plantea que el autocuidado es un sistema regulador para mantener la vida y, a diferencia de otros tipos de autorregulaciones en el humano, el autocuidado debe ser aprendido y llevado a cabo de forma continua y en conformidad a los requerimientos de cada persona. Los requerimientos están asociados a las etapas de vida, crecimiento y desarrollo, factores medioambientales, y uno de los más influyentes en caso de enfermedades crónicas como la DM2, el estado de salud y características específicas de ésta.

La desviación de la salud que viven los pacientes con enfermedades crónicas y en especial con DM2, determina requerimientos específicos para el autocuidado, pues conviven con los efectos de esta enfermedad. Esto afecta el funcionamiento integral de la persona por lo que los requerimientos dependerán del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico y tratamiento.

Es así como aplicaremos la teoría de Orem en el presente estudio a realizar en AM con DM2 que se encuentran compensados, característica que manifiesta claramente la realización de actividades de autocuidado dignas de ser estudiadas, analizadas y consideradas en un futuro por el equipo de salud y particularmente por los profesionales de enfermería al momento de realizar intervenciones tales como la educación, pues esto será de gran ayuda para los pacientes que no se encuentran compensados, que no se adhieren al tratamiento o que tienen dificultad en la aceptación de su enfermedad.

La Teoría del Déficit de Autocuidado fundamenta la razón por la cual una persona necesita de los cuidados de enfermería, hace referencia a la relación que existe entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.

La Teoría de los Sistemas Enfermeros trata de acciones propuestas y seguidas por las enfermeras dentro del ejercicio de su profesión, para personas con limitaciones asociadas a su salud en el autocuidado o el cuidado dependiente, esta teoría subcomprende la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de Autocuidado.

Dentro de su teoría, Orem identifica 5 premisas que son los supuestos básicos de ésta<sup>23</sup>:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana y el poder de actuar de manera deliberada se ejercitan en forma de cuidado por uno mismo y por otros, al identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y de los demás, generando desde la sostenibilidad los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas, agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

A propósito del presente estudio, hace mucho sentido el modelo de Sor Callista Roy. Esta teorista considera a la persona como un sistema adaptativo, que presenta categorías de conductas para enfrentar los estímulos. Su modelo ha sido definido como: Modelo de Adaptación. Al igual que otras teoristas, define el paradigma enfermero incluyendo

---

<sup>23</sup> Marriner, A. y Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*, (5ª ed.) Madrid: Elsevier España.

las categorías de persona, entorno, salud y enfermería, y dentro de los métodos adaptativos de afrontamiento frente a los cambios, distingue el mecanismo regulador que controla los procesos internos relacionados con las necesidades biológicas y el mecanismo cognitivo, que regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

El modelo de Callista Roy es considerado como una teoría de sistema, con un análisis significativo de las interacciones. Los elementos que interactúan son: el paciente que recibe los cuidados, la meta de enfermería (que se adapte al cambio), la salud, el entorno y la dirección de las actividades que facilitan dicha adaptación. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados para formar un todo, que es más que la suma de las partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de entrada, de procesamiento y de salida.

Roy define seis pasos en el proceso de enfermería:

- Valoración de las conductas.
- Estímulos que afectan a estas conductas.
- Diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.
- Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
- Intervenciones de enfermería para manipular los estímulos y lograr la adaptación.
- Evaluación permanente de la interacción de la persona con el entorno, promoviendo la salud.

### **1.7.7 El profesional de Salud y la adhesividad del paciente diabético al tratamiento**<sup>24</sup>

El AM que concurre a consulta ambulatoria se considera un consumidor de servicios de salud, del cual el profesional de la salud necesita cooperación para lograr modificación de su conducta y adopción de un nuevo estilo de vida. Para ello, es esencial establecer una buena comunicación entre el paciente y los integrantes del equipo multidisciplinario de salud, formado por el médico, enfermera y nutricionista, en nuestro medio.

#### ✓ **El profesional enfermero como proveedor de servicios**

El profesional enfermero, integrante del equipo multidisciplinario de salud, en su rol educativo debe dar y reforzar conocimientos y desarrollar estrategias comunicacionales

---

<sup>24</sup> Taylor S. (2007) *Psicología de la Salud* (6ªed.). Cap. 9 “Relaciones paciente – proveedor de servicios de salud.” Pág. 239- 256. México: Ed. Mc Graw-Hill

en su relación con el paciente en las diferentes etapas de su evolución. Esta actividad es especialmente importante en el caso de los AM con enfermedades crónicas por las limitaciones sensoriales, motoras y cognitivas que pueden presentar.

A continuación se detallarán las características de comunicación entre el proveedor de salud y el paciente.

✓ **Características de la comunicación paciente – equipo multidisciplinario de salud**

La calidad de la comunicación de un profesional de salud es importante para el paciente. Es por esto que la mala comunicación entre éste y el equipo de salud está vinculada a problemas tan importantes, como falta de adherencia al tratamiento y demandas por negligencia médica.

Las críticas que se realizan principalmente a los profesionales de salud se refieren al uso de terminología especializada, poca retroalimentación y atención despersonalizada.

✓ **Los pacientes como consumidores de servicios**

Un factor que tiene influencia en la interacción paciente- equipo profesional de salud, es la necesidad de que se tome en cuenta al paciente en las decisiones que afectan su salud.

Para hacer que un paciente siga un tratamiento, se necesita contar con la total cooperación y participación de éste.

Además, el estilo de vida es una de las principales causa de trastornos y enfermedad, por lo que si se quiere lograr una modificación de éstos se necesita de toda la iniciativa del equipo multidisciplinario y cooperación del paciente.

Entre los factores que dañan la comunicación se encuentra el ambiente que se da en el consultorio, las modificaciones en los sistemas de atención a la salud, la conducta del equipo, la conducta del paciente y las características de la interacción. Es claro que la relación entre el paciente y el equipo de salud está cambiando, siendo la comunicación esencial para esto.

✓ **Ambiente**

Aparentemente el consultorio es un ambiente poco adecuado para una buena comunicación. Las visitas al médico o a la enfermera duran aproximadamente unos 15 minutos, en los que el paciente tiene que comunicar sus malestares a una persona generalmente desconocida y responder a sus preguntas.

Por otro lado, el profesional necesita obtener del paciente la mayor cantidad de información en el menor tiempo posible. Además, la idea del paciente sobre cuáles son sus síntomas relevantes puede que no corresponda a los conocimientos del profesional, de manera que pueden pasarse por alto síntomas importantes. Con un paciente buscando consuelo y un profesional tratando de maximizar el uso efectivo del tiempo, es claro que existirán múltiples fuentes de tensión.

✓ **Actitud del equipo multidisciplinario de salud que contribuye a una mala comunicación**

**No escuchar.** La comunicación entre el paciente y el profesional se puede dañar por ciertas conductas de éste, como es el no escuchar. En un estudio sobre las respuestas de los médicos en la primera consulta del paciente, realizado por Beckman y Frankel (1984), se observa que sólo en el 23% de los casos los pacientes tuvieron la oportunidad de explicar todos sus malestares sin que el profesional empezara a hacer el diagnóstico. En el 69% de los casos, el profesional de salud interrumpió al paciente para dirigirlo hacia un trastorno particular. En estos intentos de tratar de tener el control de la interacción, no sólo se evita que el paciente exponga sus malestares, si no también puede perder información importante.

**Uso de lenguaje especializado.** En algunos casos se emplea el lenguaje especializado para evitar que el paciente haga demasiadas preguntas o para que éste no se dé cuenta que el profesional no sabe exactamente qué es lo que le pasa.

Aunque lo más común es que se use ese lenguaje debido a que el profesional lo ha aprendido en su formación y suele olvidar que el paciente no lo comprende.

**Tratamiento impersonal.** El tratamiento impersonal puede emplearse intencionalmente para mantener tranquilo al paciente mientras se le examina o interroga, o puede no ser intencional debido a que el paciente (como objeto) se convierte en el foco de atención del profesional.

La despersonalización del paciente también protege al profesional ya que para éste es difícil trabajar con una continua atención a la repercusión que sus acciones puedan tener en el estado de salud o felicidad de otros.

✓ **Contribución de los pacientes a la mala comunicación**

**Características de los pacientes.** Ciertas características personales pueden dar una imagen exagerada de sus síntomas, lo que no permitiría valorar adecuadamente su enfermedad. La ansiedad dificulta escuchar y procesar la información recibida y retenerla. Concentrarse en lo que le preocupa al paciente puede ayudar al personal de salud a reducir esta barrera de comunicación.

**Conocimiento del paciente.** Algunos pacientes no son capaces de comprender ni la información más sencilla acerca de su situación. Del mismo modo, a medida que la gente se hace mayor, su capacidad de seguir algún tratamiento puede disminuir.

Por otro lado, los pacientes que ya han tenido una enfermedad antes y a los que ya se les ha dado una explicación clara de la enfermedad y del tratamiento, presentan poca distorsión de la información.

**Actitudes de los pacientes frente a los síntomas.** Los pacientes suelen mal entender la importancia que los profesionales dan a factores que ellos consideran secundarios, razón por la que suele ocurrir que pongan poca atención cuando se les comunica información o crean que el profesional ha hecho un diagnóstico incorrecto. Por otro lado, algunas veces los pacientes no dan la información correcta acerca de sus antecedentes mórbidos. Puede ocurrir que se sientan avergonzados por problemas previos o hábitos de salud. También suele ocurrir que los pacientes no hagan preguntas porque piensan que no van a obtener una respuesta clara, por lo que entonces, los profesionales piensan, erróneamente, que como el paciente no pregunta no necesita ninguna información.

✓ **Aspectos interactivos del problema de comunicación**

Un problema importante en la interacción entre el paciente y el profesional de salud es que el primero no dé la oportunidad de que haya retroalimentación para el profesional, ya que rara vez éste sabe si la información fue comunicada de manera adecuada, debido a que casi nunca se enteran de los resultados de esa comunicación.

Para el profesional de salud no es fácil saber si estableció una relación personal satisfactoria con el paciente. Muchos pacientes tratan de ser discretos con el profesional. Si no quedan satisfechos con éste, en lugar de quejarse directamente tratan de ir con otro, se resignan o merman los controles en el consultorio.

✓ **Falta de adherencia al tratamiento**

Los estudios indican que la falta de adherencia varía desde un 15% hasta un 93%. Otros estudios refieren que el 80% de los pacientes abandonan los programas para la modificación de estilo de vida diseñados para tratar el hábito de fumar o la obesidad. La adherencia es muy baja si se les aconseja a las personas la modificación inmediata de hábitos de vida, como fumar, ingerir alcohol, o prácticas de alimentación.

Otro factor que influye en la adherencia es la presencia de factores estresores, los pacientes que muestran falta de adherencia refieren como impedimentos la falta de tiempo, de dinero o problemas en el hogar, los que actúan distrayéndolos. En cambio, las personas que disfrutan de las actividades de su vida están más motivadas para adherirse a los tratamientos.

## ✓ Causas de falta de adherencia

El principal obstáculo en la adherencia es la mala comunicación

**La buena comunicación.** El paciente debe entender el tratamiento, estar satisfecho con la relación y decidir adherirse a él. Gran parte de la falta de adherencia se debe a que el paciente no entiende en qué consiste el régimen del tratamiento. Por tanto, la adherencia es mejor cuando se le da al paciente una explicación clara de la etiología, del diagnóstico, y de las recomendaciones del tratamiento. En esta etapa el rol del profesional enfermero juega un papel fundamental.

Hay mayor adherencia si se le pide al paciente que repita las instrucciones y si se identifican y se aclaran las recomendaciones que no hayan quedado claras.

La satisfacción en la relación paciente – profesional de salud también predice la adherencia. Cuando perciben que el proveedor es cálido y amable y que responden a sus preguntas, muestran más adherencia.

**Características del tratamiento.** Éstas determinan el grado de adherencia que mostrará el paciente. Cualquier tratamiento que deba seguirse durante mucho tiempo, que sea muy complicado y que interfiera con otras actividades de la vida personal mostrará un nivel de baja adherencia, siendo que éste puede ser el tratamiento del cual depende la vida.

**Falta de adherencia creativa**<sup>25</sup>. Una forma especialmente interesante de falta de adherencia, es la llamada falta de adherencia creativa o inteligente que consiste en modificar o complementar un tratamiento prescrito. Por ejemplo, una paciente de escasos recursos puede modificar la dosis del medicamento para hacer que le dure lo más que sea posible o para guardar algo del medicamento como reserva para el caso que a otro miembro de la familia le dé la misma enfermedad. La falta de adherencia creativa puede ser también una reacción a preocupaciones o confusiones sobre el tratamiento. No entender bien cuál es la dosis puede llevar a algunos a no tomar nada del medicamento por miedo a tomar una dosis excesiva. Otros pueden dejar de tomar el medicamento a causa de los desagradables efectos secundarios. Un estudio sobre la falta de adherencia entre los AM, estimó que el 73% de la falta de adherencia fue intencional más que accidental.

La falta de adherencia puede también tener su origen en teorías personales acerca de la enfermedad y de su tratamiento. Por ejemplo, al paciente le puede parecer que un determinado síntoma que amerite tratamiento fue ignorado por el profesional de salud, por lo que complementará el tratamiento con medicamentos que puede comprar sin receta, o con remedios caseros que pueden interactuar con el medicamento prescrito de

---

<sup>25</sup> Cooper J.K, Love y Raffoul (1982) citado en Taylor, S. (2007) *Psicología de la Salud* (6ªed.). Pág. 251. México: Ed. Mc Graw-Hill.

manera impredecible y hasta peligrosa. Un motivo para seguir esta conducta potencialmente peligrosa puede ser superar la sensación de pérdida del control que conlleva la enfermedad y su tratamiento.

✓ **Mejoramiento de la comunicación paciente – equipo de salud y reducción de la falta de adherencia**

El hecho de que la mala comunicación entre el paciente y el proveedor parezca ser tan frecuente y ocasionar tantos problemas, hace pensar que debe ser prioritario mejorar el proceso de comunicación. Una manera de atacar el problema puede ser enseñar a los proveedores a comunicarse adecuadamente.

**Entrenamiento del equipo de salud.** Hablar con los pacientes toma tiempo. La comunicación centrada en los pacientes es una manera de mejorar el diálogo entre el paciente y el profesional. Este tipo de comunicación logra la participación del paciente en decisiones acerca de la atención, con lo cual se consigue la cooperación de éste en el diagnóstico y en el tratamiento.

Tratar de entender lo que la conducta no verbal del paciente expresa puede también influir para una mejor comunicación y adherencia.

**Entrenamiento de los pacientes.** Las intervenciones para mejorar la comunicación entre el paciente y el equipo de salud comprenden el enseñar al paciente a obtener información de los médicos. Dos estudios realizados por S. C. Thompson, Nanni y Schwankovsky (1990), en que se les pide a un grupo de mujeres que elaboren sus preguntas antes de entrar a la consulta y a otro que durante ésta el médico las alienta a preguntar; demostraron que estas mujeres se encontraban más tranquilas durante la consulta, mejorando la comunicación y obteniendo una mejor satisfacción al momento de salir.

✓ **Reducción de la falta de adherencia**

Reducir la falta de adherencia es importante, en especial porque en las investigaciones continuamente se enfatiza la importancia de modificar el estilo de vida para promover la salud y evitar la enfermedad. Asesorar a los pacientes sobre asuntos relacionados con la promoción de la salud y con la modificación de los hábitos de salud, son actividades importantes que asumir por todo el equipo de salud.

Debido a que los cambios en el estilo de vida son conductas difíciles de lograr, mejorar la comunicación para aumentar la adherencia al tratamiento se ha convertido en un objetivo importante. Las estrategias para reducir la falta de adherencia son muchas y variadas.

**Intervenciones de las instituciones para la atención de la salud.** Hay varias intervenciones a nivel institucional que pueden favorecer la adherencia: llamadas telefónicas para recordarle al paciente que asista a controles de salud, pueden reducir las altas tasas de personas que no acuden a ellos, entre otras alternativas.

**Intervenciones para la presentación del tratamiento.** Las recomendaciones sobre el tratamiento deben darse por escrito y debe probarse que el paciente las entienda y las recuerde, incluyendo los posible efectos adversos que se pudieran presentar.

**Entrenamiento de habilidades.** Éstas son algunas de las indicaciones, surgidas de investigaciones, que pueden ayudar al mejoramiento de la adherencia:

1. Escuchar al paciente.
2. Pedirle al paciente que repita qué es lo que tiene que hacer.
3. Dar la prescripción en la forma más sencilla posible.
4. Dar instrucciones claras sobre el procedimiento exacto del tratamiento, de preferencia por escrito.
5. Emplear calendarios y recipientes con dispositivos que recuerden cuándo tomar los medicamentos.
6. Llamar por teléfono al paciente si no asiste a una cita.
7. Prescribir un plan de cuidados personales que esté de acuerdo con las actividades diarias del paciente.
8. En cada visita hacer hincapié en la importancia del seguimiento del tratamiento y elogiar su adherencia a él.
9. Hacer que el cónyuge y otros familiares del paciente también cooperen.
10. Al darle al paciente las instrucciones y las recomendaciones, hacerle ver lo importante que son éstas.
11. Emplear palabras y frases cortas.
12. Cuando sea posible, repetir las cosas.
13. Al dar recomendaciones hacerlas tan específica, detallada y concretamente como sea posible.
14. Descubrir qué es lo que al paciente le preocupa. No concretarse simplemente a entregar información objetiva.
15. Identificar qué es lo que espera el paciente, y si esto no puede ser satisfecho, explicarle por qué.
16. Proporcionar información acerca del diagnóstico y de la enfermedad de acuerdo al nivel de escolaridad.
17. Adoptar una actitud amable.
18. Evitar el empleo de términos técnicos.

Una vez establecidos los fundamentos para una buena comunicación, el profesional puede emplear su autoridad personal para influir en el seguimiento del tratamiento.

El profesional de salud puede ayudar a que el paciente se decida a adherirse al régimen de tratamiento resaltando las ventajas de éste, minimizando las desventajas que pueden esperarse y subrayando las desventajas de la falta de adherencia.

**Sondear los obstáculos.** Es posible, en ocasiones, determinar en qué medida seguirán el tratamiento los pacientes. Haciendo uso de este conocimiento el personal de salud puede descubrir cuáles serán algunos de los obstáculos para la adherencia al tratamiento. Otra manera de aumentar la adherencia es subdividir las recomendaciones en objetivos fáciles de alcanzar.

En resumen, la adherencia es un asunto importante que debe ser abordado simultáneamente por todo el equipo interdisciplinario.

## **Capítulo 2: VARIABLES**

### **2.1 Definición y operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Subdimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
DM2	Enfermedad metabólica caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina		Diabéticos compensados:  Diabéticos descompensados:	HbA1c <7%  HbA1c >7%
Estado nutricional del AM con DM2	Relación entre el peso y la talla de la persona que refleja su condición nutricional	Enflaquecido Normal Sobrepeso Obeso		IMC < 23 IMC23.1- 27.9 IMC28 – 31.9 IMC ≥ 32
Tratamiento integral según Guía clínica de DM2	Indicaciones dadas por el equipo de salud en control del AM con DM2, la relación entre ellas y la forma en que el paciente las describe y realiza.	Tratamiento alimentario	Consumo semanal según tipos de alimentos	1° Pan y cereales (unidad de pan y porción de cereales* al día) 2° Vegetales y frutas (en unidades al día) 3° Lácteos y carnes (una porción* al día y trozo mediano de

				<p>carne semanal)</p> <p>4° grasas y aceites (porciones semanales y cucharadita de aceite diaria)</p> <p>5° azúcares y otros (cucharaditas, unidades de sacarina, gotas de endulzante)</p> <p>-Ingesta líquida: 6-8 vasos</p> <p>* 1 porción equivale a una taza de 250 cc</p>
		Actividad física (una u otra recomendada)	<p>Caminata rápida (150 min. Semanales)</p> <p>Bicicleta (150 min. Semanales)</p> <p>Natación o baile (150 min. Semanales)</p>	Minutos de ejercicio realizados a la semana de una u otra actividad
		Tratamiento farmacológico	Tipo de terapia	<p>Monoterapia</p> <p>Politerapia</p>

			Fármaco utilizado para tratar DM2	Utilización de hipoglicemiantes orales Utilización de esquema de insulina Utilización de hipoglicemiantes orales+ esquema de insulina
Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento del AM con DM2		Favorecen		a) Redes de apoyo b) Motivacionales/emocionales c) Nivel de conocimientos d) Calidad de la atención y acceso al consultorio e) Recursos económicos f) Creencias y estilos de vida

		Obstaculizan		a) Redes de apoyo b) Motivacionales/ emocionales c) Nivel de conocimientos d) Calidad de la atención y acceso al consultorio e) Recursos económicos f) Creencias y estilos de vida g) Grado de comprensión/ dificultad física o psicológica
--	--	--------------	--	--

## **2.2 Objetivos:**

### **Generales**

- ✓ Analizar la adhesividad al tratamiento del AM con DM2 en control ambulatorio, con más de un año de diagnóstico, en relación a las indicaciones de la Guía Clínica del MINSAL del año 2010 y los factores que la afectan según declaración del paciente.

### **Específicos**

- ✓ Conocer el número de AM inscritos al programa de crónicos con DM2 compensados que asisten a control en los consultorios Plaza Justicia, Jean y Marie Thierry y Barón dependientes del servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.
- ✓ Citar las recomendaciones para el tratamiento integral dadas en la Guía Clínica 2010 del MINSAL para el paciente con DM2.
- ✓ Determinar la ingesta semanal del AM diabético correspondiente a la muestra del estudio y compararla con las recomendaciones alimenticias de la Guía Clínica 2010 del MINSAL para el paciente con DM2, según estado nutricional.
- ✓ Determinar el tiempo e intensidad de la actividad física realizada semanalmente por el AM con DM2 y compararla con las recomendaciones de actividad física de la Guía Clínica, según estado nutricional.
- ✓ Conocer el cumplimiento porcentual en cuanto a tipo, dosis y horario de los medicamentos utilizados en el tratamiento farmacológico de los pacientes con DM2 y compararla con las recomendaciones de la Guía Clínica.
- ✓ Determinar el cumplimiento de los AM con DM2 a los controles de salud de crónicos.
- ✓ Averiguar si el paciente con DM2 utiliza (reemplaza o agrega) alguna sustancia, elemento o método como alternativa en su tratamiento.
- ✓ Analizar factores que favorecen la adhesividad al tratamiento, según declaración del paciente.
- ✓ Analizar factores que obstaculizan la adhesividad al tratamiento, según declaración del paciente.

## **Capítulo 3: METODOLOGÍA**

### **3.1 Definición de universo y diseño muestral**

#### Tipo de estudio

Esta tesis responde a un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y retrospectivo.

#### Definición de universo y muestra

Para el estudio se consideró un universo de 339 AM con diagnóstico de DM2 compensada, asistentes a control de crónicos en los consultorios Plaza Justicia (104 pacientes), Jean & Marie Thierry (134 pacientes) y Barón (101 pacientes), entre los meses de agosto y septiembre de 2010. La muestra calculada fue de 102 personas, correspondiente al 30% del total del universo, sin embargo, se consideró para este estudio un total de 105 personas, las cuales fueron seleccionadas mediante un sistema de muestreo aleatorio simple.

La distribución de la muestra según consultorio fue de 33 pacientes pertenecientes al consultorio Plaza Justicia, 42 al consultorio Jean & Marie Thierry y 30 al consultorio Barón.

#### Descripción del instrumento

El método de recolección de datos que se utilizó fue la aplicación de una encuesta anónima, confeccionada por las tesisistas, consistente en 7 ítems de preguntas cerradas las cuales fueron respondidas a través de fuentes de información primaria y secundaria. Además se adosó un instructivo de llenado.

El objetivo del instrumento fue recoger información sobre el cumplimiento del tratamiento de los AM con DM2 compensada, pertenecientes a 3 consultorios de Valparaíso, según las recomendaciones descritas en la Guía clínica para DM2 año 2009 y otros factores que influyen en la adhesividad a juicio de los entrevistados.

Los requisitos del encuestador fueron ser alumna de IV año de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, quienes abordaron en forma personal a los AM con DM2 compensada, en sus domicilios (fuente primaria). Se identificaron por el uso de uniforme de salud pública y piocha con el respectivo nombre.

Las respuestas de los pacientes fueron marcadas en el cuestionario por las tesisistas según las respuestas obtenidas. Los ítems “A” y “B”, que contienen antecedentes administrativos del consultorio y antecedentes generales del usuario, fueron llenados mediante la revisión previa de documentos en los respectivos consultorios (fuente secundaria).

### **3.2 Metodología de recolección de datos**

Para dar inicio a esta investigación se realizaron labores de gestión que consistieron específicamente en la solicitud de permisos mediante el envío de cartas, con el fin de facilitar el trabajo en los distintos consultorios a través de la revisión de fichas clínicas y documentos de los usuarios pertenecientes a la muestra de estudio.

En un principio se aplicaría la encuesta posterior al control de salud de los AM, por lo que se solicitó a los directores de cada consultorio una reorganización en las citaciones de éstos, con el fin de concentrarse en el horario que las tesisistas tuvieran disponibles, pero esto no fue posible debido a que la entrega de citaciones depende de la disponibilidad de los usuarios y se ajusta según factores como la entrega de medicamentos, entre otros. Debido a esto se modificó el método de aplicación de la encuesta.

La encuesta sobre adhesividad del AM con DM2 compensada fue aplicada por las 5 alumnas tesisistas, de 4º año de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, entre agosto y septiembre del 2010, en los domicilios de los pacientes pertenecientes a los consultorios Barón, Plaza Justicia y Jean & Marie Thierry.

Previo a la utilización del instrumento se efectuó un estudio de confiabilidad, con el objetivo de pesquisar posibles dificultades en su aplicación y calcular el tiempo empleado, a cuatro usuarios AM con DM2, pertenecientes al Consultorio Barón, que en ese momento se encontraban asistiendo a control de salud. No fue posible determinar el grado de compensación de dichos pacientes por no contar aún con la autorización para la revisión de las fichas clínicas correspondientes.

Estos pacientes fueron abordados al momento de salir del control de salud, pidiéndoles su colaboración y accediendo en su totalidad a participar en la prueba, firmando el consentimiento informado.

El tiempo promedio de aplicación de la encuesta fue de 15 minutos.

Se pesquisarón dificultades en la comprensión de algunos ítems, por lo que éstos fueron analizados y modificados por el grupo.

Las tesisistas se distribuyeron en los 3 consultorios escogidos, con el fin de revisar las cartolas correspondientes a los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, y se organizó el trabajo en terreno, utilizando todas las tardes disponibles y sábados de 11:00 a 19:00 horas para realizar las visitas domiciliarias.

Los datos recopilados a través de la aplicación del instrumento fueron analizados de manera independiente y, en algunos casos, se empleó el cruce de ciertas variables para ampliar la información necesaria y cumplir los objetivos del estudio.

## **Capítulo 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Análisis estadístico realizado por Dayan Cuadra, ingeniera estadística.

### **4.1 Metodología**

El grupo de tesistas creó un instrumento para recopilar la información que se desea medir. Luego, toda esta información fue facilitada al profesional estadístico para su posterior análisis.

**Análisis 1:** Se confeccionó una base de datos adecuada que recogió toda la información contenida en el instrumento.

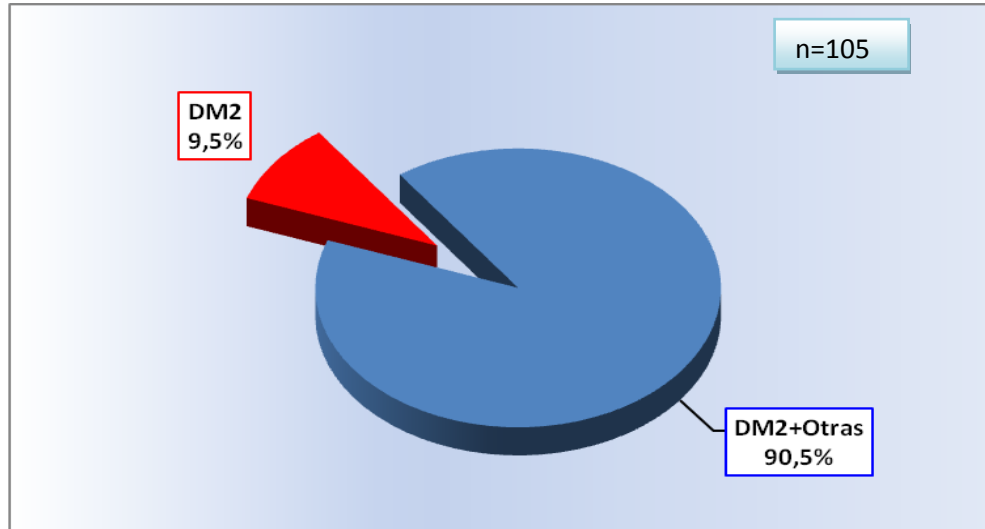
**Análisis 2:** Se realizó un análisis univariado de tipo exploratorio descriptivo por variable bajo estudio, donde se calcularon para variables de tipo cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión, como promedios, desviación estándar, mínimo y máximo y para variables de tipo cualitativas se crearon tablas de frecuencias absolutas, porcentuales y gráficos.

**Análisis 3:** Se realizaron cruces de variables de interés para responder a los objetivos específicos de esta investigación.

**Software utilizado:** Microsoft Excel 2007.

#### 4.2 Análisis descriptivo por variable

**Gráfico N°1. Coexistencia de DM2 y otras afecciones crónicas**



En la figura se observa que el 9,5% de los pacientes presenta como diagnóstico DM2 y el 90,5% restante presenta además de esta enfermedad, otro tipo de patología crónica.

**Tabla N°1. Edad de los AM estudiados**

Estadísticas descriptivas variable Edad	
Promedio	74
Desviación estándar	6
Máximo	88
Mínimo	65

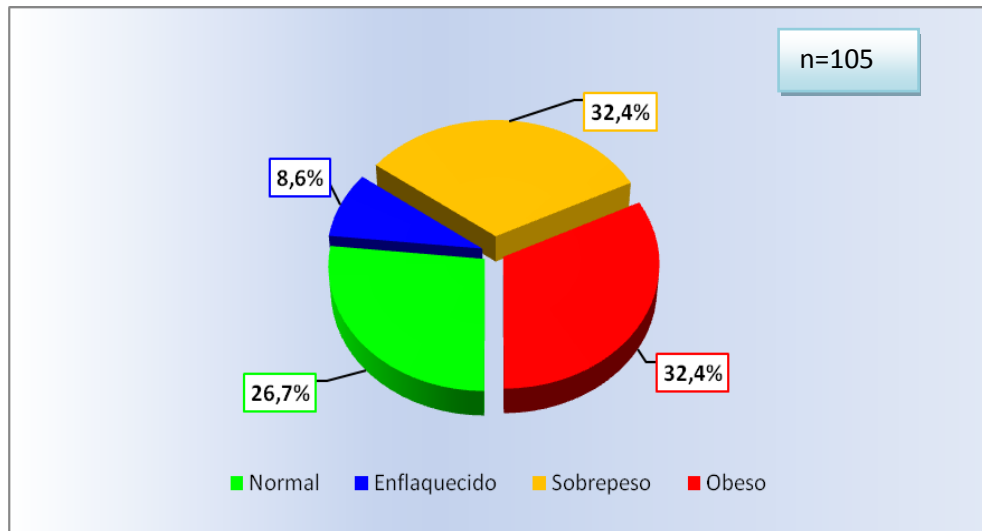
El promedio de edad de la muestra de AM es de 74 años, con una variabilidad de 6 años respecto a éste. El mínimo de edad es de 65 años y el máximo 88 años de edad.

**Tabla N°2. Índice de Masa Corporal en pacientes AM con DM2**

Estadísticas descriptivas variable IMC	
Promedio	30
Desviación estándar	6
Máximo	62
Mínimo	20

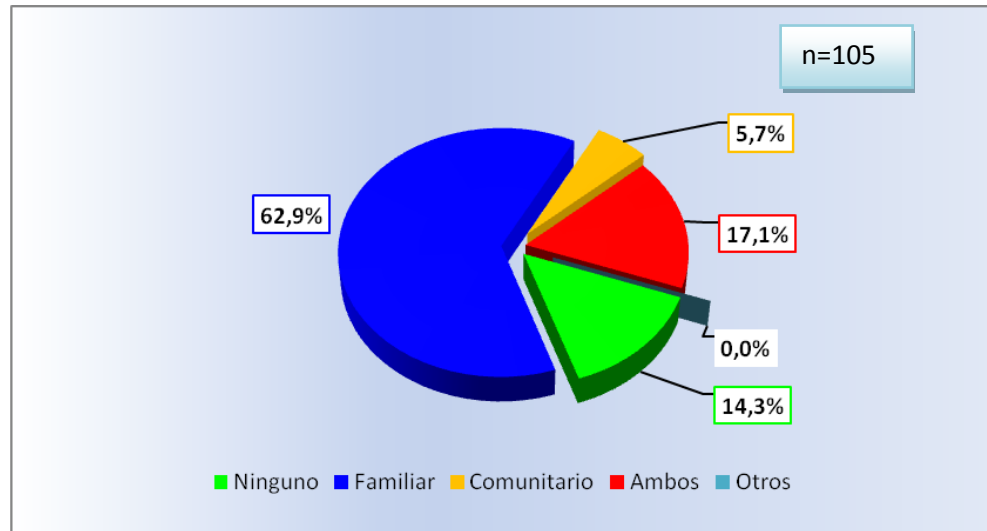
El promedio de IMC de los pacientes evaluados es de 30, con una variabilidad de 6 puntos respecto a ésta. El máximo corresponde a 62 puntos y el mínimo a 20 puntos.

**Gráfico N°2. Estado nutricional de los AM con DM2**



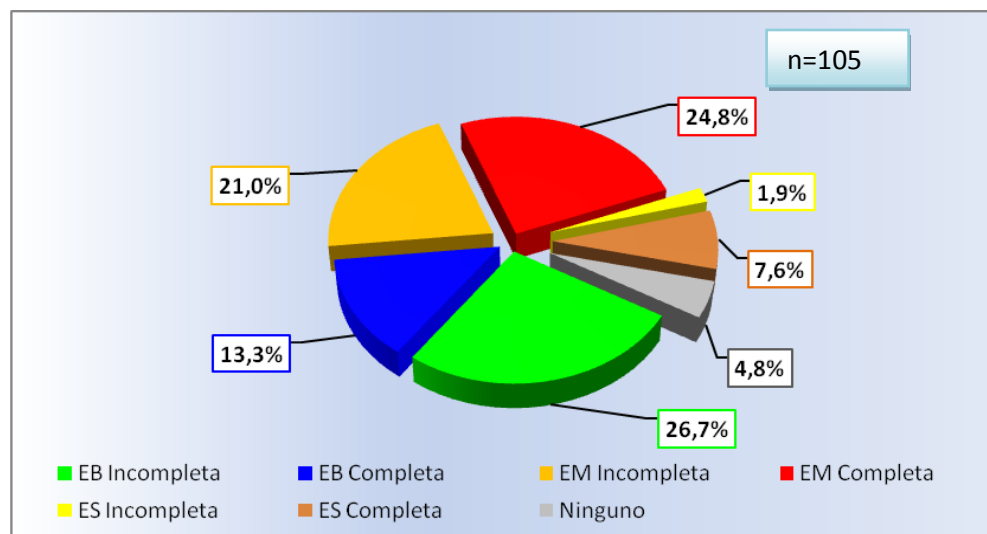
Más de la mitad de los AM encuestados presenta un estado nutricional de sobrepeso y obeso, mientras que el 26,7% de los pacientes tiene un estado normal, sólo el 8,6% se encuentra enflaquecido.

**Gráfico N°3. Apoyo que reciben los AM con DM2**



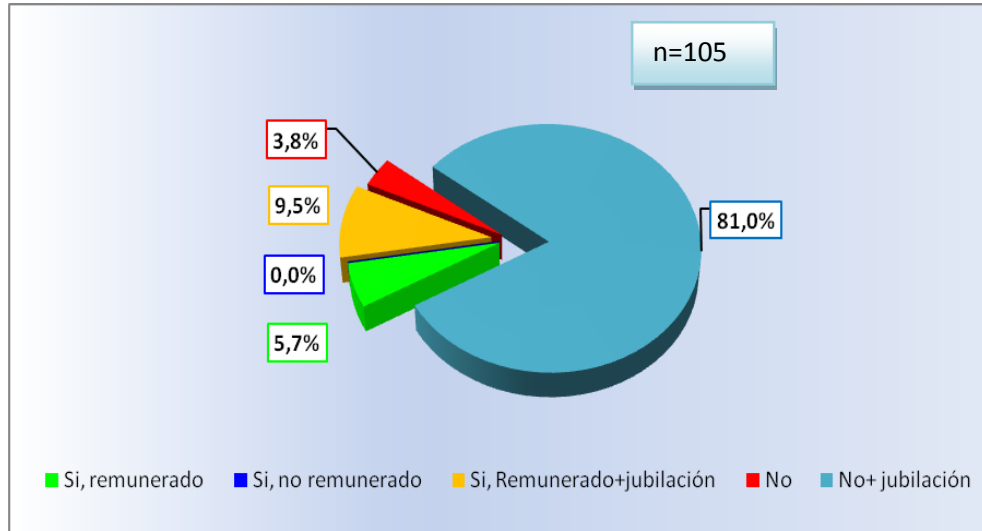
Se aprecia que el 62,9% de los pacientes tiene apoyo familiar, el 17,1% tiene apoyo familiar y comunitario, el 5,7% dice tener sólo apoyo comunitario. Llama la atención que un 14,3% de los pacientes plantea que no tiene ningún tipo de apoyo.

**Gráfico N°4 Nivel educacional de los AM encuestados**



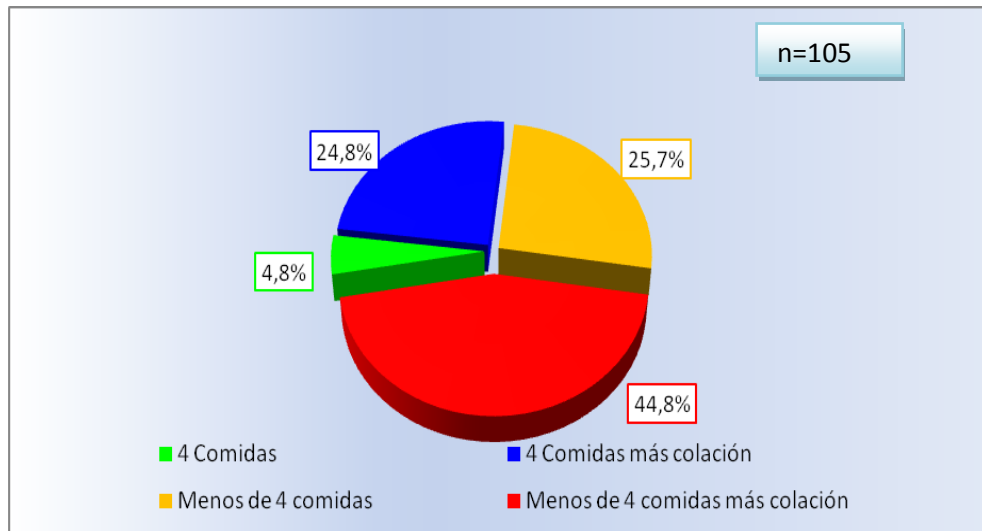
El gráfico muestra que la quinta parte de los pacientes evaluados tiene escolaridad básica incompleta. Un quinto de la muestra declara tener enseñanza media completa, mientras que un pequeño porcentaje declara no tener escolaridad.

**Gráfico N° 5. Ingresos económicos de los AM encuestados**



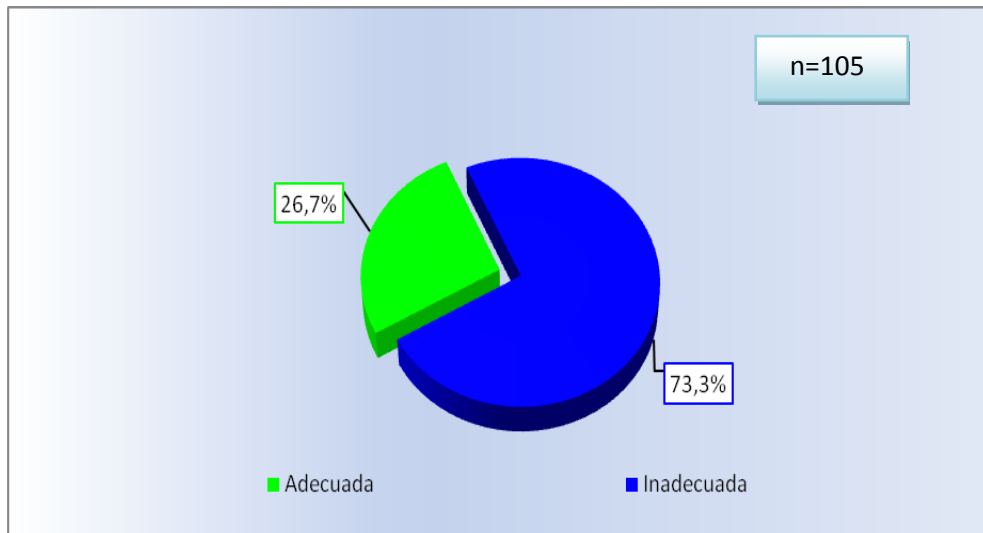
En la figura se aprecia que la gran mayoría de los pacientes sólo recibe como ingreso una jubilación. Un mínimo porcentaje no recibe ingreso económico alguno.

**Gráfico N°6. Número de comidas ingeridas diariamente por los AM encuestados**



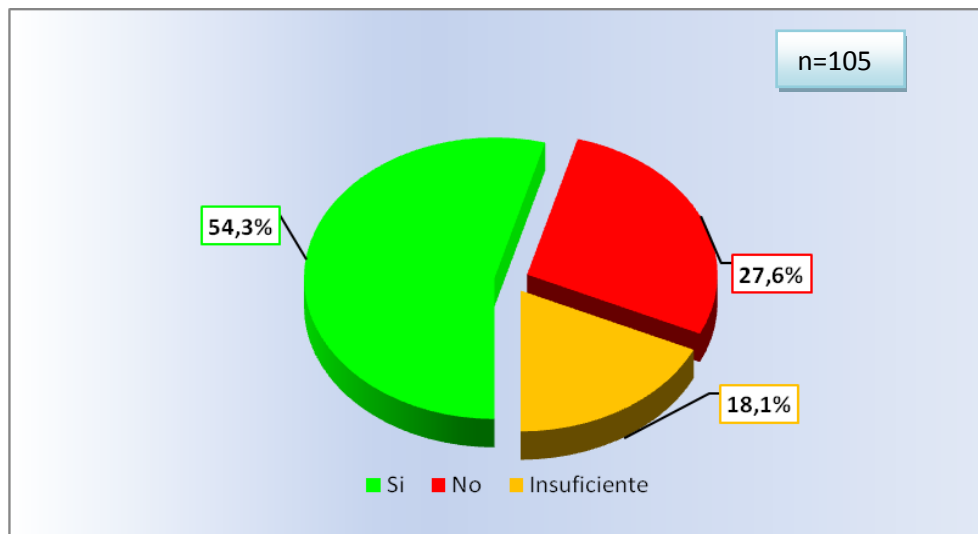
Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes declara recibir 4 comidas diarias. Un quinto de la muestra dice que además de las 4 comidas ingiere colación. Preocupa ver que aquellos AM que reciben menos de 4 comidas representan un 70,5%.

**Gráfico N°7. Ingesta alimenticia de los AM encuestados, en relación con las recomendaciones MINSAL.**



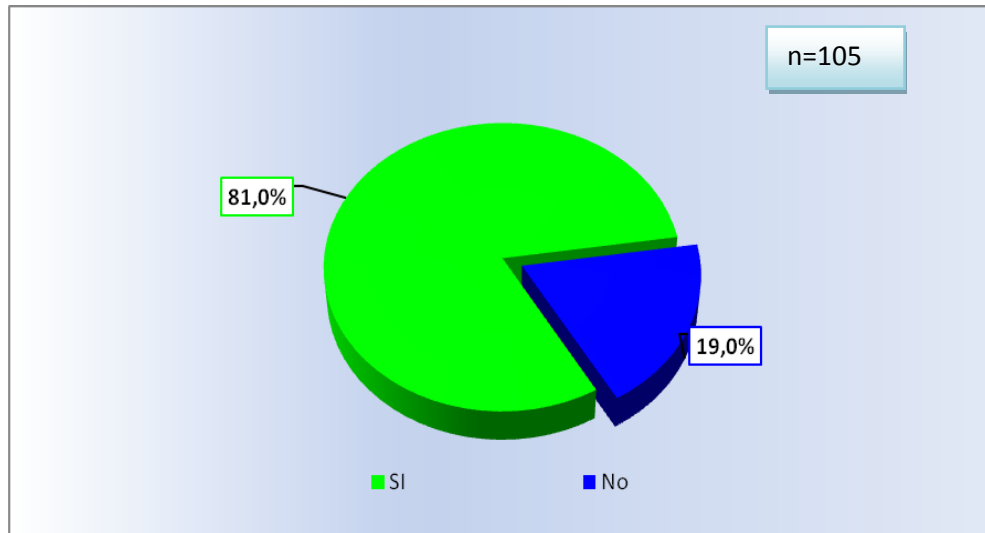
El mayor porcentaje de pacientes recibe una alimentación inadecuada, y sólo el 26,7% se alimenta de acuerdo a las recomendaciones MINSAL.

**Gráfico N°8. Actividad física realizada por los AM encuestados**



El gráfico muestra que más de la mitad de los pacientes realiza algún tipo de actividad física.

**Gráfico N°9. Uso de tratamiento farmacológico en los AM encuestados**



La mayoría de los pacientes declara recibir tratamiento farmacológico, mientras que una quinta parte de la muestra no lo tiene prescrito.

**Tabla N°3. Cumplimiento de dosis de tratamiento farmacológico en AM encuestados**

Cumple con dosis	Cantidad	Porcentaje (%)
Si	84	99,0%
No	1	1,0%
En parte	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

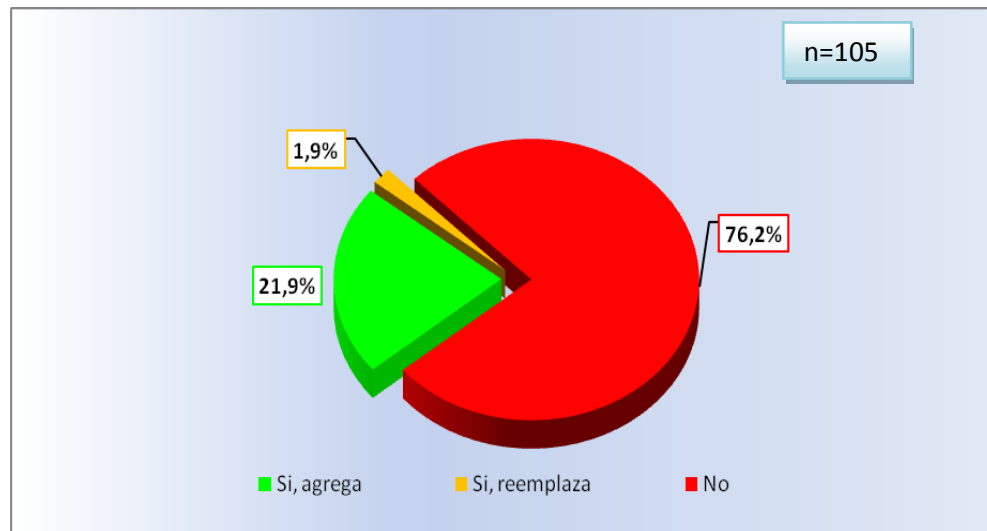
Casi la totalidad de los pacientes que usa tratamiento farmacológico declara cumplir con las dosis de los fármacos prescritos.

**Tabla N° 4. Cumplimiento de horario de tratamiento farmacológico en AM encuestados**

<b>Cumple Horario</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	79	92,9%
No	1	1,2 %
En parte	5	5,9%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

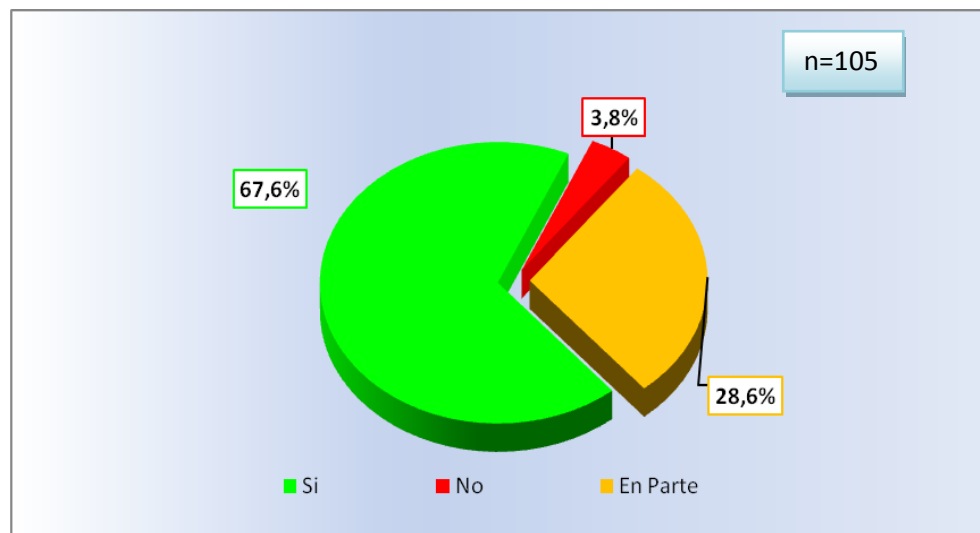
La mayoría de los pacientes que declara usar tratamiento fármacológico dice cumplir correctamente con los horarios de su medicación.

**Gráfico N° 10. Uso de metodos alternativos al tratamiento en los AM encuestados**



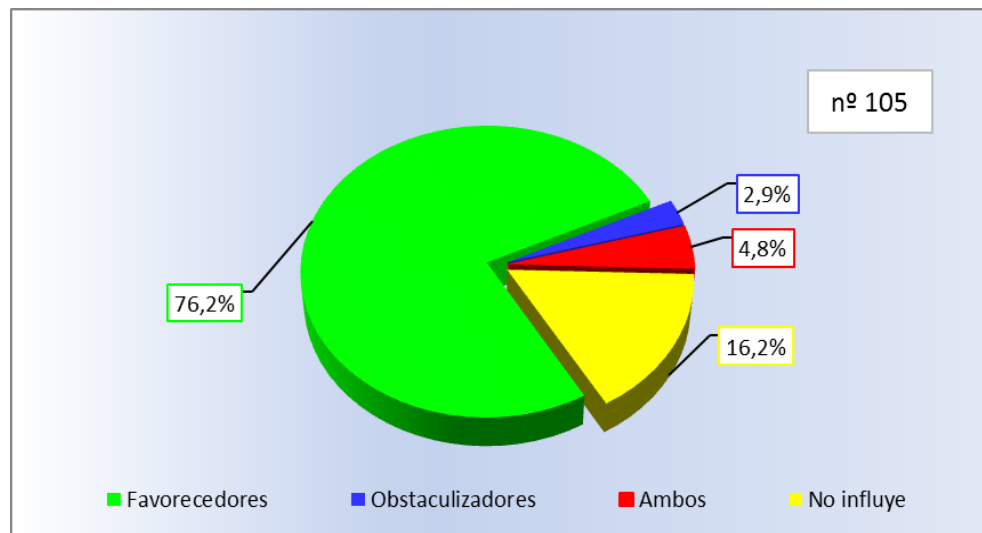
Las tres cuartas partes de la muestra dice no agregar algún método alternativo en su tratamiento, mientras que el quinto restante lo agrega.

**Gráfico N° 11. Cumplimiento de indicaciones médicas por parte de los AM encuestados**



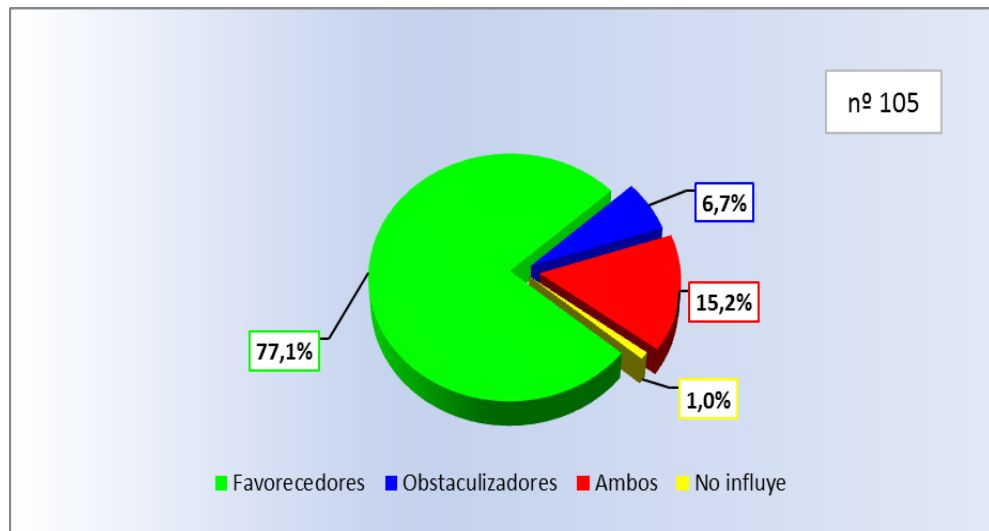
Se aprecia que el 67,6% de los encuestados, declara cumplir las indicaciones dadas en el consultorio y sólo un pequeño porcentaje dice no cumplirlas.

**Gráfico N° 12. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: redes de apoyo**



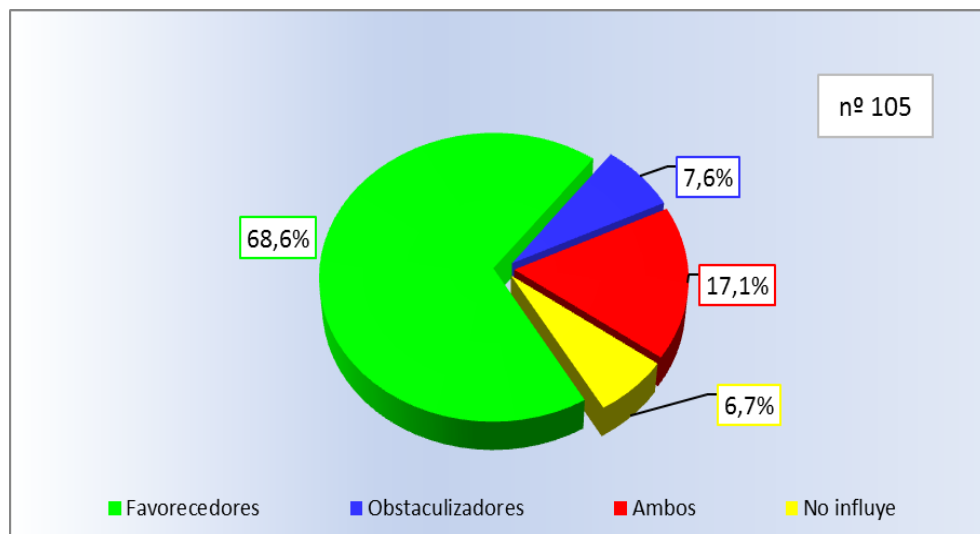
Tres cuartos de la muestra declara tener redes de apoyo que favorecen la adhesividad al tratamiento mientras que el 2,9% considera que son obstaculizadoras.

**Gráfico N° 13. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: motivacional y emocional**



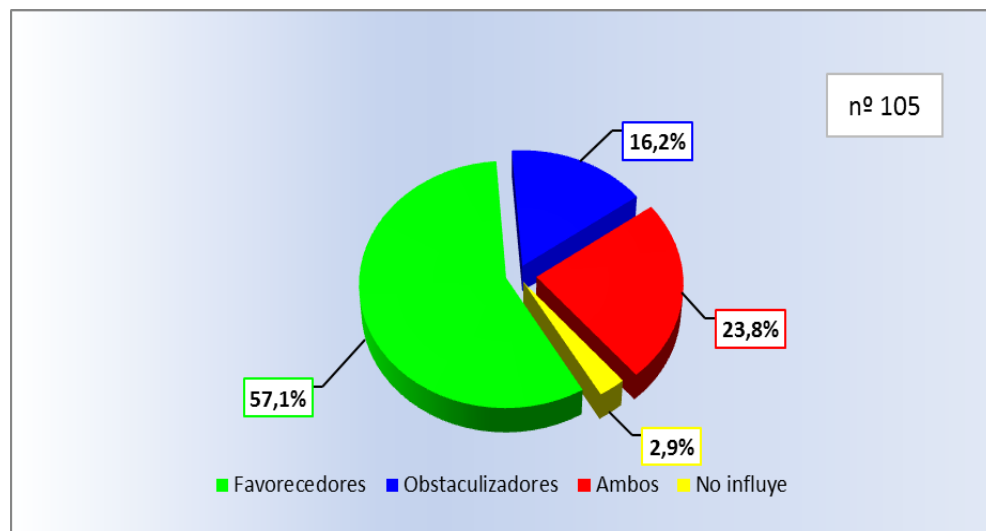
Se aprecia que predominan los factores favorecedores por sobre los obstaculizadores.

**Gráfico N° 14. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: conocimiento sobre la enfermedad**



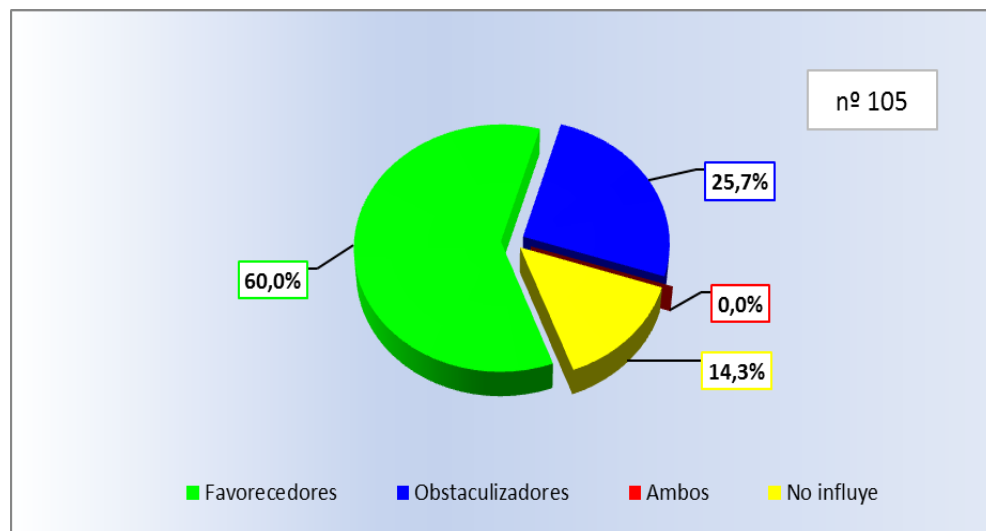
Los AM encuestados en su mayoría reconocen este factor como favorecedor. Sólo un 8% lo considera obstaculizador y el 17% dice presentar ambas connotaciones.

**Gráfico N° 15. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: calidad de la atención y acceso al consultorio**



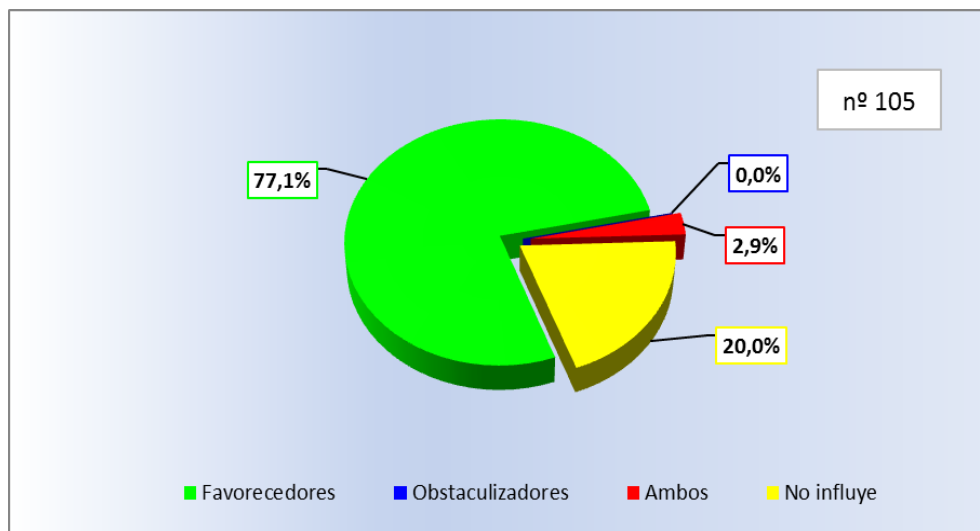
En el gráfico se observa que algo más de la mitad de los evaluados considera como factores favorecedores la calidad de atención y el acceso al consultorio. Para un 16,2% estos factores son obstaculizadores y el 23,8% presenta uno u otro.

**Gráfico N° 16. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: recursos económicos**



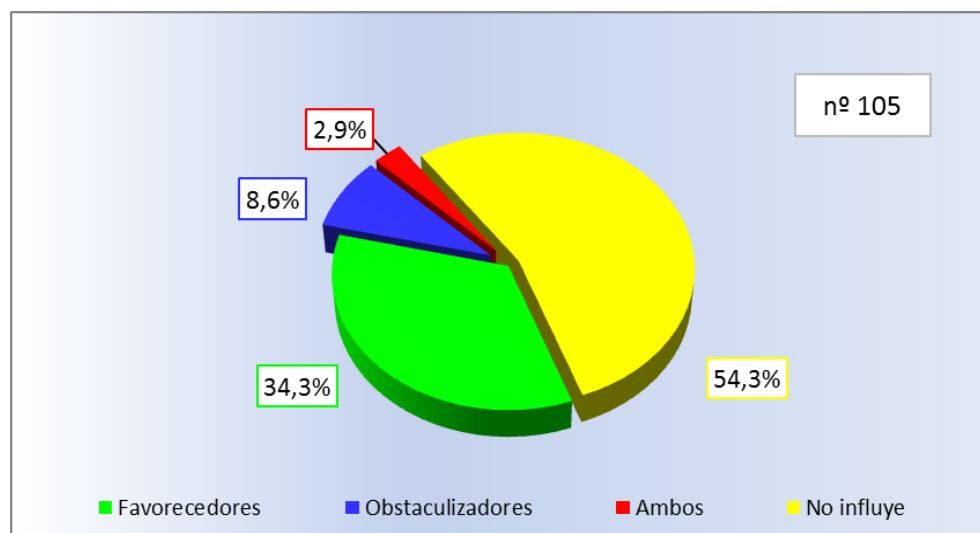
Un 60% de los evaluados dice disponer de recursos económicos necesarios para su tratamiento. El 25,7% no dispone de dichos recursos, mientras que el 14,3% estima que este factor no influye en su adhesividad al tratamiento.

**Gráfico N° 17. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: creencias y mitos**



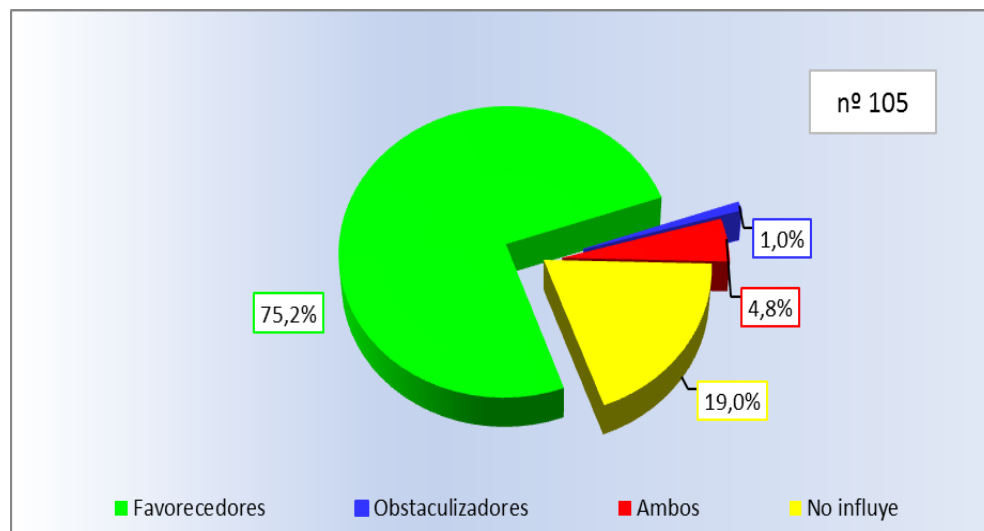
Más de tres cuartas partes de la muestra declaran tener creencias que favorecen la adhesividad al tratamiento. El 20% considera que este factor no es influyente. El instrumento no pesquisó personas no creyentes.

**Gráfico N° 18. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: estilos de vida**



Se observa que el 34,3% de los evaluados confiesa que el estilo de vida que lleva es favorecedor a su adhesividad. Un 54,3% dice que este factor no interfiere.

**Gráfico N° 19. Factores que influyen en la adhesividad al tratamiento en los AM encuestados: físicos y cognitivos**



En el gráfico se observa que la mayor parte de los evaluados dice tener factores físicos y/o cognitivos favorecedores para la adhesividad al tratamiento. Para un quinto de la muestra, estos factores no interfieren.

#### **4.3 Análisis de cruce de variables**

**Tabla N° 5. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL y género en AM encuestados**

Variable	Sexo				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
<b>Alimentación según recomendaciones MINSAL</b>					
Adecuada	8	21,1%	20	29,9%	<b>28</b>
Inadecuada	30	78,9%	47	70,1%	<b>77</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>	<b>105</b>

En la tabla se observa que el 29,9% de las mujeres tiene una alimentación adecuada, mientras que el 21,1% de los hombres cumple con la misma condición. Esto quiere decir que para cada sexo, la gran mayoría posee alimentación inadecuada.

**Tabla N° 6. Relación entre alimentación adecuada según recomendaciones MINSAL, actividad física y estado nutricional en AM encuestados**

<b>Alimentación adecuada según recomendaciones MINSAL</b>				
<b>Estado nutricional</b>	<b>Actividad Física</b>			<b>Total</b>
	<b>Si realiza</b>	<b>No realiza</b>	<b>Actividad insuficiente</b>	
Normal	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%
Enflaquecido	7,1%	16,7%	12,5%	10,7%
Sobrepeso	35,7%	50,0%	12,5%	32,1%
Obeso	7,1%	33,3%	75,0%	32,1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

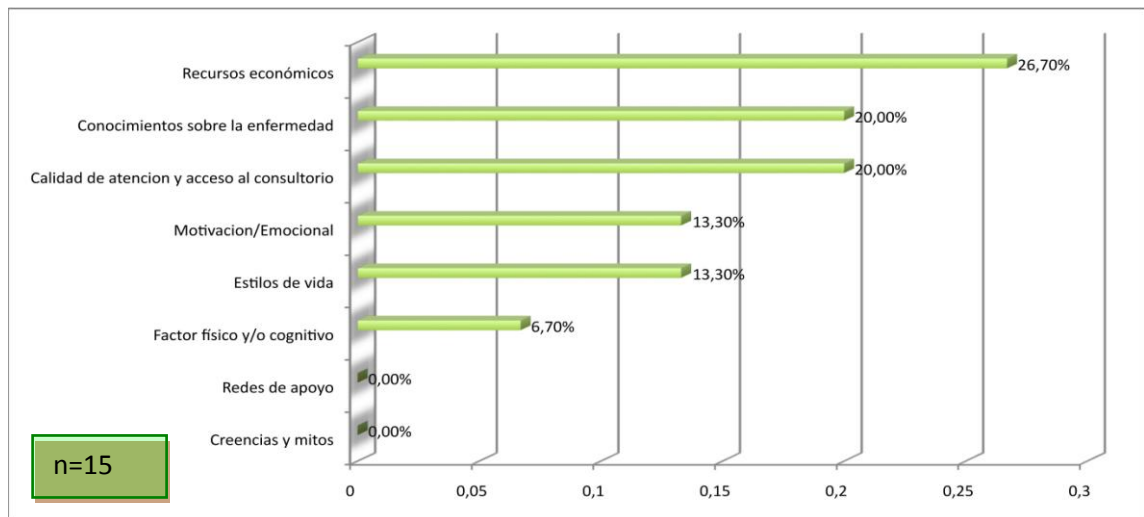
En la tabla se observa que de los evaluados que tienen una adecuada alimentación y realizan actividad física, el 50% tiene un estado nutricional normal, mientras que el 50% que tiene una adecuada alimentación y no realiza actividad física, presenta un estado nutricional de sobrepeso. Un tercio de las personas que no realizan actividad física son obesas.

**Tabla N°7. Relación entre alimentación inadecuada según recomendaciones MINSAL, actividad física y estado nutricional en AM encuestados**

<b>Alimentación inadecuada según recomendaciones MINSAL</b>				
<b>Estado nutricional</b>	<b>Actividad física</b>			<b>Total</b>
	<b>Si realiza</b>	<b>No realiza</b>	<b>Actividad insuficiente</b>	
Normal	37,2%	8,7%	27,3%	27,3%
Enflaquecido	11,6%	4,3%	0,0%	7,8%
Sobrepeso	27,9%	47,8%	18,2%	32,5%
Obeso	23,3%	39,1%	54,5%	32,5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

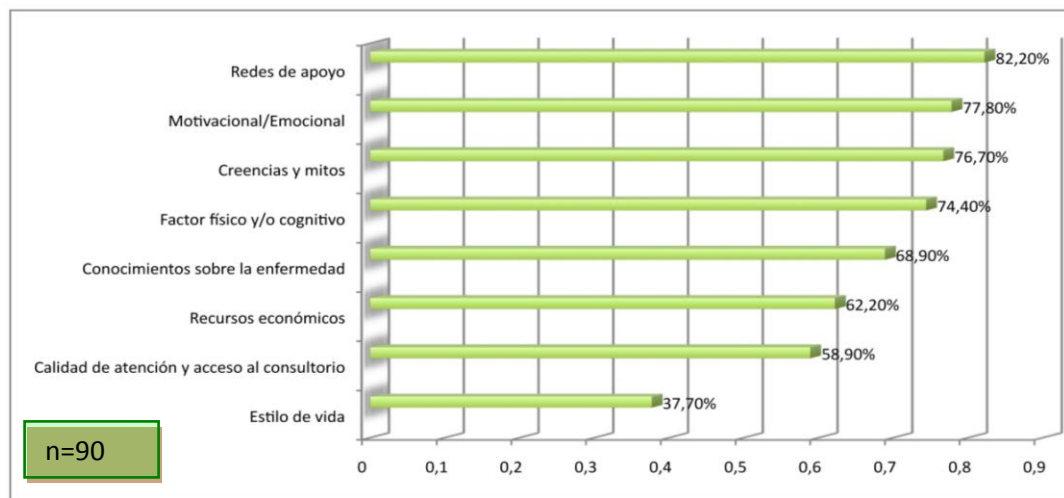
En la tabla se observa que el 37,2% de los evaluados que tienen una inadecuada alimentación y realiza actividad física posee un estado nutricional normal, mientras que el 47,8% de los que presentan una inadecuada alimentación y no realizan actividad física tiene sobrepeso. Un 39% de los AM con una alimentación inadecuada y que no realizan actividad física poseen obesidad.

**Gráfico N° 20. Factores que obstaculizan la adhesividad en los AM con DM2 sin redes de apoyo**



El 26,7% de los pacientes que indican no recibir apoyo familiar, comunitario u otro, expresa que el factor económico es el más obstaculizador.

**Gráfico N° 21. Factores que obstaculizan la adhesividad en los AM con DM2 con redes de apoyo**



De los 90 evaluados que indican recibir algún tipo de apoyo, el 82,2% expresa que el factor redes de apoyo es el más favorecedor.

**Tabla N° 8. Relación entre paciente con adecuada ingesta alimenticia según recomendaciones MINSAL, cumplimiento de indicaciones y factor económico.**

<b>Alimentación adecuada según recomendaciones MINSAL</b>					
<b>Cumple con indicaciones</b>	<b>Factor económico</b>				<b>Total</b>
	<b>Favorecedores</b>	<b>Obstaculizadores</b>	<b>Ambos</b>	<b>Indiferente</b>	
Si	72,2%	66,7%	0,0%	57,1%	67,9%
No	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	3,6%
En parte	27,8%	0,0%	0,0%	42,9%	28,6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De los pacientes con alimentación adecuada y que cumplen las indicaciones, el 72,2% cree que el recurso económico es un factor que favorece la adhesividad al tratamiento.

**Tabla N° 9. Relación entre paciente con inadecuada ingesta alimenticia según recomendaciones MINSAL, cumplimiento de indicaciones y factor económico.**

<b>Alimentación inadecuada según recomendaciones MINSAL</b>					
<b>Cumple con indicaciones (referido por encuestado)</b>	<b>Factor económico</b>				<b>Total</b>
	<b>Favorecedores</b>	<b>Obstaculizadores</b>	<b>Ambos</b>	<b>Indiferente</b>	
Si	73,3%	62,5%	0,0%	50,0%	67,5%
No	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%
En parte	20,0%	37,5%	0,0%	50,0%	28,6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De los pacientes con alimentación inadecuada y que cumplen las indicaciones, el 73,3% cree que el factor recurso económico les favorece.

**Tabla N° 10. Relación entre paciente que realiza actividad física, cumple con indicaciones y factor motivacional y emocional.**

<b>Pacientes que realizan actividad física</b>					
<b>Cumple con indicaciones (referido por encuestado)</b>	<b>Factor motivacional y emocional</b>				<b>Total</b>
	<b>Favorecedores</b>	<b>Obstaculizadores</b>	<b>Ambos</b>	<b>Indiferente</b>	
Si	83,3%	0,0%	33,3%	0,0%	73,7%
No	2,1%	100,0%	0,0%	0,0%	5,3%
En parte	14,6%	0,0%	66,7%	100,0%	21,1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De los pacientes que realizan actividad física y que cumplen las indicaciones, el 83,3% cree que el factor motivacional les favorece.

**Tabla N° 11. Relación entre paciente que no realiza actividad física, cumple con indicaciones y factor motivacional y emocional.**

<b>Pacientes que no realizan actividad física</b>					
<b>Cumple con indicaciones (referido por encuestado)</b>	<b>Factor motivacional y emocional</b>				<b>Total</b>
	<b>Favorecedores</b>	<b>Obstaculizadores</b>	<b>Ambos</b>	<b>Indiferente</b>	
Si	75,0%	0,0%	50,0%	0,0%	58,6%
No	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	3,4%
En parte	25,0%	66,7%	50,0%	0,0%	37,9%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

De los pacientes que no realizan actividad física y que cumplen las indicaciones, el 75,0% cree que el factor motivacional y emocional les favorece.

**Tabla N° 12. Relación entre factor redes de apoyo y factor motivacional y emocional**

<b>Factores</b>	<b>Factor motivacional y emocional</b>				<b>Total</b>
	<b>Favorecedores</b>	<b>Obstaculizadores</b>	<b>Ambos</b>	<b>Indiferente</b>	
<b>Redes de apoyo</b>					
Favorecedores	77,8%	71,4%	68,8%	100,0%	76,2%
Obstaculizadores	1,2%	14,3%	6,3%	0,0%	2,9%
Ambos	3,7%	14,3%	6,3%	0,0%	4,8%
Indiferente	17,3%	0,0%	18,8%	0,0%	16,2%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

El 77,8 % de los evaluados indica que les favorecen tanto las redes de apoyo como el factor motivacional y emocional.

**Tabla N° 13. Relación entre factor motivacional y emocional y cumplimiento de indicaciones.**

<b>Variables</b>	<b>Factor motivacional y emocional</b>				<b>Total</b>
	<b>Favorecedores</b>	<b>Obstaculizadores</b>	<b>Ambos</b>	<b>Indiferente</b>	
<b>Cumple con indicaciones (referido por encuestado)</b>					
Si	79,0%	0,0%	43,8%	0,0%	67,6%
No	1,2%	42,9%	0,0%	0,0%	3,8%
En parte	19,8%	57,1%	56,3%	100,0%	28,6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Un 79% de los pacientes que les favorece el factor emocional y motivacional, cumple con las indicaciones de su tratamiento. De las personas que consideran este factor como obstaculizador el 42,9% refiere no cumplir las indicaciones.

**Tabla N° 14. Relación entre cumplimiento de las indicaciones, calidad de la atención y acceso al consultorio.**

Cumple con indicaciones (referido por encuestado)	Calidad de atención y acceso al consultorio				Total
	Favorecedores	Obstaculizadores	Ambos	Indiferente	
Si	71,7%	47,1%	76,0%	66,7%	68,6%
No	5,0%	23,5%	4,0%	0,0%	7,6%
En parte	18,3%	17,6%	16,0%	0,0%	17,1%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De los evaluados que les favorece la calidad de la atención y acceso al consultorio, el 71,7% refiere cumplir con todas las indicaciones.

**Tabla N° 15. Relación entre conocimiento sobre la enfermedad, calidad de la atención y acceso al consultorio.**

Factores	Calidad de atención y acceso al consultorio				Total
	Favorecedores	Obstaculizadores	Ambos	Indiferente	
<b>Conocimientos sobre la enfermedad</b>					
Favorecedores	71,7%	47,1%	76,0%	66,7%	68,6%
Obstaculizadores	5,0%	23,5%	4,0%	0,0%	7,6%
Ambos	18,3%	17,6%	16,0%	0,0%	17,1%
Indiferente	5,0%	11,8%	4,0%	33,3%	6,7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De las personas que indican que la calidad de la atención recibida en su consultorio les favorece, el 71,7% refiere además como un factor favorecedor el conocimiento sobre la enfermedad.

**Tabla N° 16. Relación entre redes de apoyo y factor económico**

Variables	Factor recursos económicos				Total
	Favorecedores	Obstaculizadores	Ambos	Indiferente	
Ninguno	11%	15%	0%	27%	14%
Familiar	62%	67%	0%	60%	63%
Comunitario	5%	7%	0%	7%	6%
Ambos	22%	11%	0%	7%	17%
Otros	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	100%	100%	0%	100%	100%

De las personas que refieren el factor económico como favorecedor, un 62% cree que su red de apoyo familiar también le favorece.

**Tabla N° 17. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL y uso de tratamiento farmacológico**

Variables	Uso de tratamiento farmacológico		Total
	Si	No	
<b>Alimentación según recomendaciones MINSAL</b>			
Adecuado	78,5%	25,5%	100%
Inadecuado	81,8%	18,2%	100%

De los pacientes que utilizan tratamiento farmacológico, un 81,8% mantiene una alimentación inadecuada.

**Tabla N° 18. Relación entre tratamiento farmacológico y realización de actividad física**

Variables	Actividad física			Total
	Si realiza	No realiza	Insuficiente	
<b>Utiliza tratamiento farmacológico</b>				
Si	77,2%	86,2%	84,2%	81,0%
No	22,8%	13,8%	15,8%	19,0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

El 77,2% de las personas que realiza actividad física, usa tratamiento farmacológico.

**Tabla N° 19. Relación entre tratamiento farmacológico y cumplimiento de horario.**

Utiliza tratamiento farmacológico	Cumple con horario				Total	
	Cumple con dosis	Si	%	En parte		%
Si		79	94,0%	5	6,0%	84
<b>Total</b>		<b>79</b>	<b>94,0%</b>	<b>5</b>	<b>6,0%</b>	<b>84</b>

De los pacientes que utilizan fármacos, un 94% dice cumplir con el horario y dosis correctos.

**Tabla N° 20. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL, realización de actividad física y cumplimiento de horario y dosis del tratamiento farmacológico.**

Alimentación según recomendaciones MINSAL						
Realiza actividad física	Cumple con horario				Total	
	Cumple con dosis	Si	%	En parte		%
Si		8	80,0%	2	20,0%	10
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>80,0%</b>	<b>2</b>	<b>20,0%</b>	<b>10</b>

De los pacientes que realizan actividad física y reciben una alimentación adecuada a las recomendaciones del MINSAL, el 80% cumple con horario y dosis de los fármacos.

**Tabla N° 21. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL, realización de actividad física y no uso de tratamiento farmacológico.**

No utiliza tratamiento farmacológico	Alimentación según recomendaciones MINSAL				Total	%	
	Actividad física	Adecuada	%	Inadecuada			%
Si realiza		4	30,8%	9	69,2%	13	100%
No realiza		1	25,0%	3	75,0%	4	100%
Insuficiente		1	33,3%	2	66,7%	3	100%
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>30,0%</b>	<b>14</b>	<b>70,0%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

De las personas que no utilizan tratamiento farmacológico y realizan actividad física, sólo un 30,8% siguen una alimentación adecuada de acuerdo a las recomendaciones MINSAL.

**Tabla N° 22. Relación entre alimentación según recomendaciones MINSAL, y realización de actividad física.**

<b>Variable</b>	<b>Realiza actividad física</b>						
	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Adecuada	14	50%	6	21,4%	8	28,6%	28
Inadecuada	43	55,8%	23	29,9%	11	14,3%	77
							105

De las personas que mantienen una alimentación adecuada, la mitad realiza actividad física, mientras que de los que tienen una alimentación inadecuada, algo más de la mitad realiza actividad física.

## **Capítulo 5: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

### **5.1. Conclusiones**

1. Los objetivos planteados en la investigación fueron alcanzados, debido a la identificación de las características de los AM diagnosticados con DM2 y al análisis de su adhesividad al tratamiento, en base a la Guía Clínica del MINSAL y a factores favorables u obstaculizadores revelados por los pacientes.

2. Es conocido que el porcentaje de personas portadoras de DM2 que se encuentran descompensadas supera en gran número a aquellas que están compensadas. Podríamos pensar que éstas últimas mantienen una actitud intachable en cuanto al cumplimiento estricto de las indicaciones relacionadas con su tratamiento de la DM2. Sin embargo, mediante esta investigación se constató que a pesar de que los AM encuestados presentaron niveles de HbA1c dentro de los rangos requeridos para su patología, en cada control de crónicos, no eran totalmente adhesivos con la totalidad de las indicaciones otorgadas por el equipo de salud de su consultorio.

3. Las indicaciones menos cumplidas por el grupo de AM encuestados son las referentes a alimentación y actividad física. Estos hallazgos concuerdan con el marco teórico. El realizar cambios en aquéllos ámbitos implica modificar estilos de vida preexistentes, y que la mayoría de las veces estos no son los adecuados, haciendo peligrar la adhesividad al tratamiento. No obstante, al determinar el tipo de influencia que ejerce la calidad de vida en la adhesividad al tratamiento, ésta no fue manifestada por los encuestados como un factor obstaculizador. Lo anterior nos lleva a concluir que los AM que se mantienen compensados, lo están mayormente debido al cumplimiento de la terapia farmacológica en cuanto a dosis y horario, en el caso de los que la utilizan, y a un mediano control de la alimentación y actividad física en el 19% restante que no utiliza fármacos.

4. Hay una multiplicidad de factores que inciden en el AM al momento de seguir o no su tratamiento. Dentro de éstos el más influyente fue la red de apoyo con que cuenta el usuario. Existe una correlación entre poseer redes de apoyo y considerarlas como favorecedoras, particularmente si éstas son de tipo familiar. Éste es un aspecto en el que el equipo de salud puede dar mayor énfasis. Lo anterior no es aplicable a los AM sin redes de apoyo, sin embargo, del total de la muestra, un gran porcentaje considera el factor motivacional como favorecedor al momento de cumplir indicaciones, por lo tanto es otro elemento que podría potenciarse y fortalecerse en aquellos AM tanto compensados como descompensados.

5. Otro elemento a considerar es el grado de conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento, que poseen los AM con DM2. Aquellos que poseen un mayor nivel educacional, poseen también un mayor nivel de autoexigencia en relación al cumplimiento de su tratamiento, ya que al conocer tanto su enfermedad como sus complicaciones y además, el tratamiento y los beneficios de éste, tienen más conciencia de que un mínimo incumplimiento de las indicaciones generará consecuencias. Un gran

porcentaje de los AM menciona que el poseer conocimiento acerca de su tratamiento es favorecedor en su adhesividad, exceptuándose dentro de él, el conocimiento de la enfermedad misma.

6. El nivel educacional resultó determinante sobre el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento. Es por esto que es de suma importancia que el equipo de salud entregue estos conocimientos a todos los AM portadores de DM2, sin excepciones, pues basado en la teoría, esto facilitaría la motivación de estos usuarios y por ende, mejoraría la disposición al cambio de conductas nocivas, lo cual incluso podría influir en su estado nutricional, debido a que más del 50% de éstos posee diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad, factor predisponente en el desarrollo de complicaciones.

7. Otro hallazgo que es el referente a la utilización de métodos alternativos de tratamiento. Se suele pensar que su uso está ligado a un nivel educacional bajo, fundamentalmente en lo que respecta a la utilización de infusiones de hierbas. Si bien, existe un porcentaje de AM que lo utilizan, éste no es significativo y tampoco se encuentra ligado al nivel de instrucción que éstos poseen.

8. Muchos AM coincidieron en referir que el acceso al consultorio y la calidad de la atención que éste otorga, son factores relevantes al momento de mantener una asistencia a controles constante y por consiguiente, de mantener también conductas favorables para su salud. Dentro de ello la calidad de la atención brindada fue el componente más influyente. En ella intervienen el tipo de información entregada, la forma en que es entregada, y el interés y trato del personal hacia los AM, los que valoran la atención personalizada y de calidad.

9. En suma, todos los factores antes mencionados, y que han sido referidos por los AM con DM2, incidirían, de manera favorable o desfavorable, en su compensación. Si bien, se han valorado en personas compensadas, éstos no deben distar mucho de lo que expresarían las personas descompensadas. La importancia de este estudio radica en el hecho de fomentar los factores que los AM consideraron como favorecedores y minimizar el efecto de los factores obstaculizadores, todo esto en el marco del cumplimiento de indicaciones y fomento de la salud, tanto en personas compensadas, como en aquellas que no lo están.

## **5.2. Sugerencias**

1. Utilizar los resultados obtenidos a cerca de los factores influyentes en el cumplimiento de indicaciones, según lo referido por los AM, podría ser un método beneficioso para el equipo de salud en pro de mejorar la adhesividad, la cual depende en gran medida de la calidad de vida que estos AM poseen, siendo de gran importancia fomentar aquellas características particulares que los hacen cumplir esta condición.

2. La educación del paciente diabético constituye la estrategia básica que, en último término, define la efectividad de su tratamiento y debe realizarse en cada uno de los

controles, ésta debe ser personalizada, incluyendo al paciente en la toma de las decisiones que afectan a su salud. Esencial para ello es establecer una buena comunicación entre el usuario y los integrantes del equipo multidisciplinario de salud, pues la satisfacción en la relación paciente – profesional de salud también predice la adherencia.

Además es necesario llevar a la práctica reuniones grupales de personas diabéticas en los consultorios con la finalidad de enriquecerse unos a otros mediante las experiencias positivas y negativas que les ha traído convivir con la enfermedad.

3. Mejorar la preparación del equipo multidisciplinario a través de cursos, jornadas y seminarios que aborden aspectos de comunicación, educación de adultos, lenguaje y adherencia, a fin de progresar en las metas propuestas por el MINSAL. Por ejemplo: mesas redondas con todos los profesionales del equipo involucrados con la temática.

4. El mayor éxito del profesional enfermero y del equipo interdisciplinario es lograr que el paciente con DM2 se mantenga compensado, pero igualmente relevante es lograr integrar y hacer partícipe de esta compensación a las redes de apoyo que el usuario posea, que en este caso fueron en mayor porcentaje las familiares. Éstas, con los conocimientos, destrezas y motivaciones adquiridas, a través de una educación personalizada, podrán ser de gran ayuda en la modificación de conductas de riesgo y el logro de un mejor apego al tratamiento por el usuario. Por ende es necesario promover el trabajo en conjunto equipo de salud – usuario – redes de apoyo.

Se hace indispensable completar el equipo de salud en los consultorios con un psicólogo que evalúe en forma personalizada los obstáculos en la adhesividad y aporte una mirada más integral al control de salud de estos pacientes.

5. Para finalizar, en esta investigación no se consideraron dos factores que pudieran influir sobre la adhesividad como la polifarmacia, o que el AM viva solo, por lo que se sugiere estos factores para futuras investigaciones.

El grupo de seminaristas decidió entregar una copia digital del presente trabajo a los consultorios involucrados en el estudio con el fin de colaborar en el logro de las sugerencias planteadas.

## **Capítulo 6: BIBLIOGRAFÍA**

### **6.1 Bibliografía**

- Bello, M. y Molina, S. (2007). *Baja adhesividad de los usuarios diabéticos en relación a su tratamiento*. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno, marzo - mayo del 2007. Programa de diplomado en salud pública y familiar, Universidad Austral de Chile.
- Brunner, L. (2002). *Enfermería medico-quirúrgica volumen 2* (9ª ed.). México: Ed. McGraw-Hill.
- Casanova, M. y Muñoz, A. (2002). “Factores asociados a la adhesividad al tratamiento de los diabéticos de 20 a 64 años, en dos Centros de Salud Urbanos de la Comuna de Ovalle, durante el primer semestre del año 2002”. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.
- Castillo, C.; Uauy, R. y Atalah, E. (1997). *Guía de alimentación para la población chilena*. Santiago, Chile: Ed. Diario la Nación.
- Cortés, A.; Jofré, A.; Gatica, H.; Sepúlveda, A. y Vergara, C. (2002). *Algunos factores que influyen en la adhesividad al tratamiento alimentario en la población diabética tipo 2, mayor de 20 años, bajo control, de tres centros de la salud de la comuna de Coquimbo en el año 2002*. Disponible en línea en: [www.medicina.uach.cl](http://www.medicina.uach.cl). Extraído en mayo, 2010.
- Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadística (2007). *Boletín informativo enfoque estadístico: ¿Cuántos Somos?*.
- Gobierno de Chile, Ministerio de salud (2010). *Guía clínica diabetes mellitus tipo 2, 2009*. Santiago, Chile.
- Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadística. (2000). *Primera encuesta nacional de calidad de vida y salud*. Ministerio de Salud, Chile.
- Guzmán, R. y Silva, P. (2006). *Psicodiabetes enfoque biosicosocial*. Bogotá, Colombia: Psicom editores.

- Marriner, A. y Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*, (5ª ed.) Madrid, España: Ed. Elsevier.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. México: Psicom editores.
- Ponce, J. (2005). *La diabetes: luces y sombras en el camino*. *Index de Enfermería*, 15, 52-53.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª ed.). México: Ed. Mc Graw-Hill.
- Yach, D.; Hawkes, C.; Gould, C. y Hofman, K. (2002). *Consecuencias de las enfermedades crónicas en el mundo*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

Bibliografía consultada en línea:

- Betances, A. (2008). *Instituto bariátrico*. Disponible en línea en: [www.bariatrica.com](http://www.bariatrica.com). Extraído en septiembre, 2010.
- Borba de Amorim, R., Borges de Souza-Júnior, P., Coelho, M., Corrêa da Mota, J., González, C. (2008). *Medidas de estimación de la estatura aplicadas al índice de masa corporal en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores*. *Revista de nutrición chilena*. Disponible en línea en: [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl). Extraído en noviembre, 2010.
- Chico, A. (2007). *Decálogo de errores frecuentes*. Disponible en línea en: [www.dmtipo2.com](http://www.dmtipo2.com). Extraído en mayo, 2010.
- Diabetes Hands Foundation (2010). *Mitos y falsas creencias sobre la diabetes*. Disponible en línea en: [www.estudiadiabetes.org](http://www.estudiadiabetes.org). Extraído en mayo, 2010.
- ©Diabetesdietmellitus.Com (2007). *Remedios homeopáticos contra la diabetes* (2009). Disponible en línea en: [www.diabetesdietmellitus.com](http://www.diabetesdietmellitus.com). Extraído en mayo, 2010.

- Eleconomista.Com (2008). *Las enfermedades crónicas suponen elevadas pérdidas económicas y de productividad a las empresas*. Disponible en línea en: [www.eleconomista.es](http://www.eleconomista.es). Extraído en mayo, 2010.
- Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadística (2007). *Boletín informativo enfoque estadístico: ¿Cuántos somos?*. Disponible en línea en [www.ine.cl](http://www.ine.cl). Extraído en junio, 2010.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2002. *Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010*. Disponible en línea en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Extraído en septiembre, 2010.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Programa Salud Cardiovascular: Programa de actividad física para la prevención y control de factores de riesgo cardiovasculares*. Disponible en línea en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Extraído en junio, 2010.
- Mira, J. (2005). *Innatia*. Disponible en línea en: [www.innatia.com](http://www.innatia.com). Extraído en septiembre, 2010.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Medicina Interna (2000) *Gerontología*. Ed: Marín, P. y Gac, H. Disponible en línea en: [www.escuela.med.puc.cl](http://www.escuela.med.puc.cl). Extraído en agosto, 2010.

## Capítulo 7: ANEXOS

### ANEXO 1:

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:



#### Entrevista

Accedo libremente bajo mi firma a entrevistarme con alumnas de 4° año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, a fin de otorgarles información sobre mis conductas y adhesividad al tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo 2.

Acepto que la información referida será de total confidencialidad y sólo utilizada con fines académicos.

\_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado

\_\_\_\_\_

Firma del entrevistado

Fecha: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2:**

## **Cuestionario**

### **Instructivo para aplicar el cuestionario**

Objetivo: recoger información sobre el cumplimiento del tratamiento de los AM con DM2, compensados, pertenecientes a 3 consultorios de Valparaíso, según las recomendaciones descritas en la Guía clínica para DM2 año 2009 y otros factores que influyen en la adhesividad, a juicio de los entrevistados.

Requisito del encuestador: Ser alumna de IV° año de Enfermería de la U. de Valparaíso, quienes abordarán en forma personal en sus domicilios, a los AM con DM2, compensados, pertenecientes a los consultorios Plaza Justicia, Jean & Marie Thierry y Barón. Se identificarán por el uso de uniforme de salud pública y piocha con el respectivo nombre. Las respuestas de los pacientes serán marcadas en el cuestionario por las alumnas según las respuestas obtenidas. Se revisarán documentos del consultorio para llenar los ítems “A” y “B” del cuestionario.

### **Actividades previas a la aplicación del instrumento:**

Se enviará una carta proveniente de la dirección de la Escuela de Enfermería de la U. de Valparaíso, a los consultorios señalados, solicitando autorización de el/la Enfermero/a jefe del Programa de Crónicos, para la revisión de documentos, cuaderno de citas, cartola de control, fichas de los pacientes y la aplicación del cuestionario.

Para facilitar el proceso de tabulación a cada consultorio se le asignará una letra distintiva:

**A:** Consultorio Plaza Justicia

**B:** Consultorio Jean & Marie Thierry

**C:** Consultorio Barón

A cada encuestado se le asignará un N° correlativo.

### **Descripción y aplicación del instrumento:**

El instrumento se aplicará a una muestra de 105 AM con diagnóstico de DM2 compensada, asistentes a control de crónicos, entre los meses de agosto y septiembre de 2010. El paciente puede tener otros diagnósticos asociados, los que igualmente serán consignados en la encuesta. Todos los pacientes responderán a los criterios de inclusión.

En el ítem “B” del cuestionario, “Antecedentes generales del usuario”, se calculará de inmediato el IMC según tabla que llevará el encuestador.

El encuestador debe marcar con una equis (X) en el casillero de la alternativa elegida por el encuestado, exceptuando aquellos recuadros donde será necesario especificar de acuerdo a lo que se solicita C.2 y D.2

Será posible elegir más de una opción en las preguntas C.1, F.2, G.2.

En el ítem “G” del cuestionario, el encuestador preguntará al usuario por factores que favorecen o dificultan su adhesividad al tratamiento para la DM2, pudiendo haber más de una respuesta o, en su efecto, no influir.

Al indagar sobre los alimentos que el AM consume semanalmente (C.2) se colocará un asterisco (\*) al lado de aquel alimento que sea de tipo light o integral, o del azúcar granulada al ser ésta reemplazada por endulzante. Para calcular el número de porciones solicitadas, el encuestador deberá consultar las siguientes medidas como referencia.

ALIMENTOS	PORCIÓN (*)
Cereales	1 taza (200cc)
Leguminosas	1 plato de sopa (250cc)
Papas	½ taza (100cc)
Fideos	½ taza (100cc)
Arroz	½ taza (100cc)
Choclo	½ taza (100cc)
Frutas	½ taza (100cc)
Verduras	½ taza (100cc)
Carne	100 gramos
Pollo	100 gramos
Pescado	100 gramos
Huevo	1 unidad
Frutos secos	½ taza (100cc)
Yogurt	1 taza (200cc)
Queso	1 lámina
Leche	1 taza (200cc)
Aceites	1 cucharadita de té
Mantequilla	1 cucharadita de té
Caramelos	5 unidades
Pan	1 pan batido/ 1 hallulla
Agua	1 taza (200cc)
Sal	½ cucharadita de té
Azúcar	1 cucharadita de té
Té, café, hierbas	1 taza (200cc)
Sopas	1 plato de sopa (250cc)
Bebidas de fantasía	1 vaso (200cc)
Alcohol	1 vaso (100cc)

\*Porción: cantidad de alimento expresada en medidas caseras que aportan una cantidad conocida de calorías, lípidos, carbohidratos y proteínas.

**Cuestionario**

**A. Antecedentes administrativos del consultorio:**

Consultorio:  Paciente N°:  Fecha:.....

N° de Ficha: ..... Diagnósticos: 1.....

2.....

3.....

**B. Antecedentes Generales del Usuario:**

**Edad:**  **Sexo:**

**Peso:**  **Talla:**  **IMC:**

**Estado Nutricional:**

Normal  Sobrepeso

Enflaquecido  Obeso

**Recibe apoyo:**

Ninguno  Familiar  Comunitario  Otros.....

**Nivel educacional:**

EB  EM  ES  Otro.....

Completa  Incompleta

**Trabajo/ Ocupación:** Sí  Remunerado  No remunerado   
No  Jubilado

**C. Alimentación:**

1. Comidas que consume diariamente:

Desayuno

Almuerzo

Once

Cena

Colación

2. Porciones de alimentos que consume semanalmente:

Alimento según nivel de la pirámide alimentaria	N° de porciones		
	SEMANAL	DIARIO	OCASIONAL
Pan			
Cereales			
Verduras			
Frutas			
Carnes			
Lácteos			
Grasas			
Aceite			
Azúcar granulada			
Líquidos	Agua		
	Té, café, hierbas		
	Sopas		
	Bebidas de fantasía		
	OH (vino, cerveza)		
Caramelos			

**D. Actividad física:**

1. Realiza actividad física: Sí  No  (pase a E) Insuficiente

2. Tipo de ejercicio	Minutos					Veces por semana
	5	10	15	20	30 o más	
Caminata rápida						
Bicicleta						
Natación						
Baile						

Plan controlado de ejercicios						
-------------------------------	--	--	--	--	--	--

**E. Fármacos:**

1. ¿Utiliza tratamiento farmacológico?

Sí  No  (pase a F)

2. Respecto a su terapia farmacológica señale:

Tipo:  
Hipoglicemiantes orales

Insulina

Hipoglicemiantes orales + insulina

3. ¿Cumple con la dosis de su tratamiento farmacológico?

Sí  No  En parte

4. ¿Cumple con el horario de su tratamiento farmacológico?

Si  No  En parte

**F. Métodos alternativos de tratamiento:**

1. ¿Utiliza algún método alternativo de tratamiento que agregue o reemplace al que tiene indicado?

Sí  Agrega  No  (pase a G)  
Reemplaza

2. ¿Cuál(es)?

- Licuado de frutas o verduras
- Infusiones de hierbas
- Actividades de relajación (yoga/reiki)
- Acupuntura
- Otras.....

**G. Adhesividad**

1. ¿Cree usted que está cumpliendo con todas las indicaciones que le han dado en el consultorio?

Si

No

En parte

2. ¿Qué factores cree que favorecen u obstaculizan la adhesividad al tratamiento?

FAVORECEDORES	OBSTACULIZADORES
<p>2.1 Redes de apoyo:</p> <p>Apoyo familiar <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyo social <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyo comunitario <input type="checkbox"/></p>	<p>Falta de apoyo familiar <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de apoyo social <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de apoyo comunitario <input type="checkbox"/></p>
<p>2.2 Motivacionales/emocionales:</p> <p>“Quiero estar bien”, “Quiero seguir el tratamiento” <input type="checkbox"/></p> <p>“Acepto mi enfermedad” <input type="checkbox"/></p> <p>“Tengo disciplina personal” <input type="checkbox"/></p>	<p>“No me siento de ánimo o motivado para seguir las indicaciones” <input type="checkbox"/></p> <p>“No acepto mi enfermedad” <input type="checkbox"/></p> <p>“No tengo disciplina personal” <input type="checkbox"/></p>
<p>2.3 Conocimientos sobre la enfermedad:</p> <p>“Tengo conocimientos sobre enfermedad”, <input type="checkbox"/></p> <p>“Conozco el manejo de mi tratamiento” <input type="checkbox"/></p>	<p>“No conozco mi enfermedad” <input type="checkbox"/></p> <p>“No conozco mi tratamiento”, “No sé cómo cuidarme” <input type="checkbox"/></p>
<p>2.4 Calidad de la atención y acceso al consultorio:</p> <p>“Me atienden bien en los controles”, “Estoy satisfecho con la atención” <input type="checkbox"/></p> <p>“Tengo fácil acceso al consultorio”, “No me es difícil llegar a los controles” <input type="checkbox"/></p>	<p>“No me gusta la atención del consultorio” <input type="checkbox"/></p> <p>“Me es difícil llegar al consultorio”, “Vivo lejos”, “Tengo dificultades físicas para movilizarme” <input type="checkbox"/></p>
<p>2.5 Recursos económicos:</p> <p>“El dinero me alcanza para continuar mi tratamiento de forma correcta” <input type="checkbox"/></p>	<p>“El dinero no me alcanza para continuar mi tratamiento en forma correcta” <input type="checkbox"/></p>

<p>2.6 Creencias y mitos:</p> <p>El usuario manifiesta/ posee creencias o estilos de vida que favorecen el cumplimiento de indicaciones:</p> <p>Creencias Religiosas <input type="checkbox"/></p> <p>Creencias Culturales <input type="checkbox"/></p> <p>Mitos urbanos <input type="checkbox"/></p>	<p>El usuario manifiesta/ posee creencias o estilos de vida que obstaculizan el cumplimiento de indicaciones</p> <p>Creencias Culturales <input type="checkbox"/></p> <p>Mitos urbanos <input type="checkbox"/></p>
<p>2.7 Estilos de vida</p> <p>Abandono del hábito tabáquico <input type="checkbox"/></p> <p>Abandono del hábito alcohólico <input type="checkbox"/></p> <p>Otras _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>Fue un cambio muy drástico en mi estilo de vida” <input type="checkbox"/></p> <p>Posee hábito tabáquico <input type="checkbox"/></p> <p>Posee hábito alcohólico <input type="checkbox"/></p> <p>Otras _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>2.8 Factor físico y/o cognitivo :</p> <p>“No tengo limitación auditiva” <input type="checkbox"/></p> <p>“Comprendo bien las indicaciones” <input type="checkbox"/></p> <p>“Pregunto si tengo dudas” <input type="checkbox"/></p>	<p>“No escucho bien” (hipoacusia) <input type="checkbox"/></p> <p>“No entiendo bien las indicaciones” <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de precisión en las indicaciones <input type="checkbox"/></p> <p>“Me hablan muy rápido” <input type="checkbox"/></p>

### **ANEXO 3: Entrevistas**

Las personas con diabetes necesitan de profesionales que además de ofrecerle conocimientos, valoren las respuestas que desarrollan ellos y sus familias ante la enfermedad, sus capacidades de afrontar la situación y cómo es la adaptación a la misma. Cuando se indaga en las vivencias de los pacientes, se induce a la reflexión para entender las necesidades de éstos y el aprendizaje que el personal de salud puede y debe hacer de la “sabiduría” de los pacientes, fruto de su experiencia.

La adherencia al tratamiento debe entenderse como un constructo complejo, donde intervienen variados factores: conocimientos, destrezas, habilidades de afrontamiento, etc., siendo la educación una de las bases para potenciar dicha adherencia. Las tendencias actuales sitúan a la enfermera como consultora, y al paciente como responsable de sus propios cuidados, abandonando por ende la antigua visión de enfermera como líder y el paciente como discípulo. Toman relevancia también los grupos de apoyo social y autoayuda en diabetes y la familia, como núcleo central de apoyo<sup>26</sup>.

A continuación se detalla la entrevista a Susana Guerra, de 54 años quien fue diagnosticada con DM2 el año 2006 y se desempeña como enfermera en un hospital de Valparaíso.

#### Primer encuentro con la diabetes

1. ¿Cuál fue su primera experiencia personal en relación a la DM2?

Mi primer encuentro real con la diabetes fue a través de mi abuela paterna, la cual era diabética, ella tuvo secuelas severas porque se enfermó en otros tiempos, entonces perdió dedos de los pies, la vista, y finalmente murió de una nefropatía. El segundo encuentro está relacionado conmigo misma cuando quedé embarazada y me comenzaron a salir alterados los exámenes de glicemia, el doctor me dijo que tenía que seguir un régimen estricto porque de lo contrario, tendría que usar insulina, por lo tanto yo lo hice y no hubo necesidad de utilizarla.

#### Primeros conocimientos

2. ¿Poseía usted conocimientos suficientes acerca de la DM2 al momento de realizado su diagnóstico?, ¿Ha sido una ventaja para usted el ser enfermera, en cuanto a dichos conocimientos?

---

<sup>26</sup> Ponce, J. (2005) *La diabetes: luces y sombras en el camino. Index de Enfermería*, 15, 52-53.

En el momento mismo no tenía muchos conocimientos, sobre todo en la alimentación, porque para seguir un régimen hay que tener una rutina fija, no hay que comer cualquier cosa, hay que tener horario, y en realidad eso tuve que aprender. No ha sido tan fácil esta parte, ahora con el concepto del índice glicémico las cosas cambian, en realidad para que sea más eficiente la alimentación hay que dejar todas las harinas blancas, pues son las que tienen un índice glicémico elevado, entonces hace que la glucosa suba bruscamente. Es una ventaja ser enfermera porque eso me da mayor conocimiento fisiológico y para entender las explicaciones cuando me las han dado, ya sea la doctora con la cual en algún momento estuve, con la nutricionista, etc. Además que me ha permitido buscar por mi propia cuenta otro tipo de informaciones.

3. ¿Dónde obtuvo los conocimientos que posee actualmente acerca de su enfermedad?  
¿Cómo han evolucionado a través de los años?

A través de los años me he encontrado con el inconveniente dentro del manejo de la enfermedad que es el estrés, dado que tengo un cargo directivo, siempre he sido supervisora, entonces esto significa mucho contacto con las personas, supervisar personal y eso no siempre es muy expedito, trae conflictos y a veces significa guiar al personal para que realmente se hagan las cosas como corresponde, eso trae consigo tensión y presión. Por lo tanto, me ha afectado un poco el tener que manejar el estrés, además que el hospital, a través del tiempo, ha ido evolucionando y se han puesto diferentes exigencias y puedo decir que desde que ingresé hasta ahora la exigencia ha sido mucho mayor en relación a metas que cumplir. El estrés me ha jugado en contra de la enfermedad porque la emoción no controlada provoca ansiedad, la ansiedad provoca hambre y el hambre provoca comer cosas que uno no debe.

Las fuentes han sido libros que me han pasado doctores, he hecho uso del internet. En la web hay bastante información y hay diferentes miradas de cómo abordar la diabetes. Por ejemplo dentro del régimen tradicional de la diabetes igual a uno le recomiendan medio pan batido y eso sube bastante la glicemia, entonces es preferible consumir las harinas integrales.

### Educación

4. Como enfermera y paciente: ¿Qué importancia da usted a la educación en DM2?

La educación es fundamental para que la persona tome conocimiento, que conozca la enfermedad, que sepa de qué se trata y que pueda manejar su patología. Muchas veces al paciente hay que explicarle de acuerdo a su nivel educacional. Pero no puede ser la educación sola, requiere además de grupos de apoyo para que entre ellos se potencien y adopten medidas de alimentación constante sobre todo porque, muchas veces, los diabéticos son AM.

5. ¿Realiza usted algún tipo de asesoría educacional, basado en su propia experiencia y conocimientos de autocuidado?

No, pero a futuro me gustaría. Siento que para ayudar, orientar y darle educación a una persona lo ideal es tener experiencia en esa área, así como uno lo ha vivido eso le puede dar más herramientas a la persona aún más que una teoría, a pesar de que esta última tiene su validez porque se le está entregando conocimiento. Pero cuando a ese conocimiento se le adjunta una experiencia vivida personal es más práctico.

### Adhesividad

6. ¿Cómo considera su adherencia al tratamiento integral de la DM2?

Creo que cumplo el tratamiento en un 60% o menos, lo que no es muy bueno. Todo cabe en los hábitos que hay que incorporar, por ejemplo, en relación al ejercicio estuve un año haciendo 3 veces a la semana aeróbica, asistiendo al gimnasio etc., pero me aburro, de hecho desde febrero que no realizo ejercicio programado. Ahora comenzaré de nuevo, me dedicaré a hacer bicicleta por 40 minutos. Lo positivo es que tengo buena capacidad y respuesta aeróbica porque necesito poco entrenamiento para mantener un buen nivel de glicemia. Me he dado cuenta que al caminar más de una hora enérgicamente puedo bajar la glicemia de 150 a 90 mg/dl. El ejercicio hace muy bien, además ayuda a que las personas que utilizan insulina, la aprovechen mejor.

7. ¿Qué factores han motivado en usted los cambios de conducta esperados para el manejo y autocontrol de la enfermedad?

Lo que más me motiva es el daño que ya tengo por la DM2 ya que tengo una retinopatía leve.

Creo que es fundamental el manejo de la HbA1c bajo 7, y nunca he logrado bajar de ese rango. Una de mis motivaciones es poder conservar la vista así como la mantengo hasta ahora. Le tengo temor a las secuelas de la DM2.

8. ¿Qué factores dificultan el seguimiento de su tratamiento?

El trabajo como enfermera no me favorece al estar expuesta al estrés, en la casa yo puedo llevar mejor el régimen, no tengo grandes alteraciones en los horarios, puedo comer a las horas correspondientes y estoy tranquila. En cambio en el trabajo siempre hay que estar alerta y a veces se saltan las comidas. Mi mayor inconveniente en el seguimiento de indicaciones, es mi vida laboral.

## Complicaciones

### 9. ¿Cómo maneja su enfermedad para evitar las complicaciones?

Asisto a un diabetólogo, cardiólogo, oftalmóloga e iriólogo hace 2 meses, quienes me ayudan en el manejo de la enfermedad.

## Calidad de vida

### 10. ¿Qué cambios físicos, psicológicos y sociales le ha traído el convivir con una enfermedad crónica?

Afectó en cierto grado mi relación de pareja, porque mi pareja de ese entonces no aceptó de muy buena manera mi enfermedad, esto debido a que yo cambié al momento del diagnóstico, me deprimí ya que me afectó mucho emocionalmente, me sentí disminuida, bajó mi autoestima, sentí como un estigma el ser diabética, en relación a que mi cuerpo ya no iba a poder responder a las exigencias que yo estaba acostumbrada y significó dar un paso al lado en algunas cosas que me interesaban mucho, ya que en ese minuto yo era la enfermera coordinadora del hospital y donde me sentía capaz de hacer mucho por la enfermería a nivel hospitalario. La enfermedad me frustró, en lo social ya no podía salir y comer cualquier cosa que se me antojara, me tuve que limitar y aprender a decir que no.

### 11. ¿Qué reacción tuvo al momento del diagnóstico? ¿Cómo se ha ido modificando esta forma de ver la enfermedad?

Los dos primeros años desde el diagnóstico estuve deprimida y con baja autoestima, después empecé a ver por qué me había enfermado y a reflexionar sobre qué me quería decir la enfermedad y qué iba a hacer yo por mí misma, entonces empecé a tener una relación conmigo, yo siento que los seres humanos no estamos acostumbrados a esto, siempre vivimos hacia afuera y nuestro potencial está dirigido hacia los otros, por los otros y para los otros. Sin embargo, uno no está con uno mismo al no poseer autocuidado, no contenerse ni amarse en el sentido de autoprotegerse. No siempre todo lo que uno da a los otros funciona para uno mismo. Lo más importante que me ha enseñado la enfermedad es a desarrollar amor a mí misma a través del autocuidado y protección. No lo he logrado al 100%, pero esa es mi meta, a través del convencimiento.

### 12. ¿Qué repercusiones le ha traído a nivel laboral el padecer de una enfermedad crónica? (positivas y negativas si existieran)

Positivo: la enfermedad me ha ayudado a crecer como persona y en lo laboral en relación a usar mi experiencia y manejar mejor todas las situaciones que se dan con las personas y entre ellas. Al escucharme más a mí misma tengo más capacidad para escuchar a los otros. Realmente he aprendido a empatizar de verdad y no sólo en teoría, contribuyendo a crear ambientes terapéuticos donde el personal esté armonioso y sea consecuente consigo

mismo al dar y darse salud. Soy parte activa y proactiva al conversar con el personal, observar el desempeño y los estados emocionales y de ánimo, porque estamos todos relacionados y si ellos están decaídos el paciente lo nota y se afectan.

Negativo: no puedo competir y eso es de las cosas que me encantan. Me gustan los cargos con desafíos, pero éstos conllevan estrés, mi ánimo está siempre con ganas de hacer grandes cosas. De todas formas vale la pena abstraerse de esto y del estrés. El ser humano es muy creativo y tenemos mucho potencial para reinventarse y crear cosas nuevas y por mi enfermedad he tratado de potenciar otras áreas, y mucho de lo que he logrado es gracias a este contacto conmigo misma.

### Redes de apoyo

13. ¿Cuenta usted con redes familiares, sociales o comunitarias de apoyo? ¿Qué rol han cumplido a lo largo de su enfermedad?

El mayor apoyo que he recibido es de parte de mis médicos tratantes, he procurado ser controlada por médicos que me escuchen. Lo que he desarrollado es elegir quién me atienda, que me acoja y me pueda entender en el área psicológica.

De parte de la familia soy yo quien les entrego de mayor manera apoyo, de todas formas mis hijos me apoyan y acompañan.

### Situación en Chile

14. ¿Cómo cree usted que se aborda el problema de la DM2 en Chile, tanto en la promoción como prevención y tratamiento?

Es difícil de abordar porque la DM2 es una enfermedad costosa, desde el punto de vista de la alimentación, por ejemplo, se exige comer muchas verduras, proteínas y panes integrales los cuales son de elevado precio; por otra parte los buenos medicamentos son caros. Es una enfermedad en la cual, si se desea realizar un buen tratamiento, es costoso. El tratamiento otorgado por el sistema de salud es el básico al que puede optar una persona. Sin embargo yo creo que esta situación mejorará con el tiempo, asociado al aumento de las personas diabéticas.

15. ¿Qué modificaciones, desde su propia experiencia, plantearía para mejorar la adhesividad del paciente a su tratamiento integral?

Para compensar esta situación se debe mejorar el equipo multidisciplinario, se requiere de mayor educación, y apoyo con especialistas como psicólogos para que la gente trabaje consigo misma y con su enfermedad. La DM2 no es solamente algo fisiopatológico, por ende requiere ser abordada de forma integral.

(Valparaíso, 20 de mayo del 2010)

Entrevista a la Sra. Katherine Leiva, encargada del Programa Cardiovascular en el Consultorio Barón.

### Pesquisa y Diagnóstico

1. ¿Cómo ingresan los pacientes con DM2 al Programa Cardiovascular?

Lo primero que hacemos, al diagnosticar a un paciente diabético, es un ingreso al programa cardiovascular por enfermera, nutricionista y doctor. Estas consultas se realizan por separado por lo que hay veces que en un mes el paciente tiene tres consultas distintas.

### Tratamiento

2. ¿Cómo es la atención que se le brinda a los AM con DM2 en el consultorio?

El tratamiento que se les brinda es igual a cualquier persona diabética, sin diferencias por edad. Se hace énfasis en el cumplimiento del régimen alimentario, la actividad física y el uso de fármacos, no se realizan talleres grupales para estos pacientes pero es un proyecto que tenemos a futuro ya que se ha demostrado que existe una mayor probabilidad de cambio de conductas y también trabajando en conjunto con otros pacientes pueden potenciar y mejorar su adhesividad.

Actualmente el único taller que se realiza es a los pacientes que recién empiezan con insulino terapia, estos talleres son realizados por las internas de enfermería y les enseñan cómo se deben puncionar, rotación, mezcla de insulina y complicaciones.

### Controles

3. ¿Cuál es el seguimiento para estos pacientes?

Se clasifican en dos formas:

Pacientes compensados (con HbA1c menor a 7), se les hace una receta por 6 meses dentro de los cuales, los primeros 3 sólo asisten a buscar su receta. Al cuarto mes tienen control con nutricionista, al quinto mes control con enfermera y al sexto mes control con doctor.

Pacientes descompensados, se les hace una receta por 3 meses, en el primer mes tienen control con nutricionista, el segundo mes control con enfermera y el tercero control con doctor.

## Adhesividad

### 4. ¿Cómo cree Ud. que es la adhesividad de los pacientes con DM2 del consultorio?

Es muy buena ya que el año pasado nuestra meta fue tener compensados alrededor del 15% de los pacientes diabéticos y los resultados según censo fueron de un 30%, lo que superó en creces nuestro objetivo.

También es importante el nivel sociocultural, educacional y las creencias que tienen los pacientes porque influyen en gran medida en el cumplimiento de las indicaciones dadas.

(Valparaíso 25 de mayo de 2010)

Entrevista a María de los Ángeles Casanova, enfermera encargada del Programa Cardiovascular en el Consultorio Plaza Justicia.

## Pesquisa y Diagnóstico:

### 1. ¿Cómo ingresan los pacientes al Programa Cardiovascular?

El ingreso al programa cardiovascular está definido por la edad del paciente. El AM ingresará posterior a la evaluación realizada a través del EFAM, que mide la funcionalidad y que además será útil para realizar pesquisas de HTA, mediante el control de presión arterial y DM2 al realizar la medición de la glicemia en ayunas, la que de salir alterada determinará el seguimiento del protocolo de diagnóstico de ésta. El adulto ingresará previa aplicación del EMPA, que es un examen médico preventivo que está orientado a pesquisar la existencia de dislipidemia, DM2 e HTA y factores de riesgo modificables como tabaquismo, sedentarismo, etc.

## Tratamiento:

### 2. ¿Cómo es la atención que se les brindan a los AM con DM2 en el consultorio?

El tratamiento del paciente con DM2 no se divide por edad. Según las políticas ministeriales el tratamiento de los pacientes crónicos corresponde a una triada que consiste en el fomento de alimentación saludable o con ciertas restricciones, según el tipo de patología que presente el paciente, actividad física y terapia farmacológica. Nuestro objetivo es lograr que cada paciente cumpla con las indicaciones en estas tres áreas.

Lo más difícil en los pacientes con DM2 es la adherencia a las indicaciones nutricionales, ya que somos un país que piensa que ser gordito es sinónimo de ser sano, y como además el paciente con DM2 debe disminuir el consumo de masas, papa, arroz, etc., alimentos que son básicos en una dieta normal, se ven frustrados.

Dentro de este tratamiento integral, es la nutricionista la que se encarga del ámbito alimentario, el médico se ocupa de indicar la terapia farmacológica, en conjunto con la

enfermera quien evalúa la adherencia al tratamiento, refuerza la educación alimentaria y educa sobre actividad física.

En el caso de los pacientes descompensados el médico los evalúa con exámenes, fija nuevas líneas de tratamiento farmacológico y luego deriva a enfermera, para monitorear al paciente, con una frecuencia mensual o como indique el médico, dependiendo de los requerimientos de cada paciente. Debido a la elevada población diabética es imposible realizar controles semanales o cada 15 días a los pacientes descompensados, por lo que éstos se realizan mensualmente o cada 2 meses, interviniendo el equipo médico, nutricionista y enfermera. Lo ideal es incluir en nuestro equipo de trabajo a otros profesionales, como por ejemplo psicólogos, ya que a veces la adherencia al tratamiento tiene mucha relación con la falta de aceptación de la enfermedad y por lo tanto se nos hace difícil intervenir en esa área para lograr que el paciente cumpla las indicaciones. También influye la falta de educación, muchas veces por tiempo no tomamos en cuenta lo importante que es educar al paciente sobre su enfermedad, la manera en que afecta al cuerpo, el tratamiento básico, la importancia del cumplimiento de las indicaciones, efectos adversos de los medicamentos, etc. Situación que intentamos revertir otorgándoles información clara sobre esto.

Con respecto a la educación, lamentablemente por la escasez de profesionales no podemos realizar charlas, al menos en este sector, no así en los otros sectores donde colegas enfermeras y nutricionistas realizan controles grupales en cuanto a ciertas patologías y sobre todo en relación a la DM2, ya que existe mucha dificultad para lograr una adherencia satisfactoria al tratamiento, especialmente en los adultos jóvenes, manifestándose en una baja estadística de compensación y baja asistencia a controles, ya que en su mayoría trabajan o simplemente porque no quieren venir, en cambio los AM incluso llegan con una hora de anticipación.

Contamos con material educativo sobre alimentación y actividad física que nos hemos podido conseguir de forma externa, pero estamos esperando que nos lleguen de forma oficial al servicio. Además, es de gran importancia el trabajo en equipo, ya que ante el caso de un paciente descompensado, por ejemplo, debo coordinar con el médico el plan de acción, educando y verificando que se estén cumpliendo las indicaciones y él por su parte reajustando dosis farmacológica, en caso de ser necesario.

Se realizan charlas en las salas de espera, realizadas por alumnos de 2º y 3º año de la UNAB y control de HbA1c cada 4 meses.

### Controles

3. ¿Cuál es el seguimiento de estos pacientes?

- Control crónicos: 3 por hora
- Control AM + ESFAM: 2 por hora

Los pacientes compensados son controlados por médico cada 6 meses, y cada 3 meses son derivados a enfermera, solamente para reforzar la adherencia al tratamiento y para ver si hay alguna duda u otra actividad que hacer con ellos, ya sea un EFAM o alguna evaluación especial.

## Adhesividad

### 4. ¿Cómo cree Ud. que es la adhesividad de los pacientes?

Considero que influye el hecho de que hay muchos AM solos, por lo que no hay quién les explique más detenidamente cómo deben seguir las indicaciones, también les cuesta incorporarlas, por ejemplo la hora en que deben tomarse el medicamento, aunque una vez que lo aprenden ya no se les olvida más. También hay AM que tienen dificultad para movilizarse, por lo que no asisten con regularidad a los controles, pueden tener hipoacusia, o sus facultades mentales deterioradas, lo que afecta en su proceso de aprendizaje.

En conclusión, todo radica en que se les eduque correctamente al inicio del tratamiento, para que tomen una actitud motivada ante el cumplimiento de las indicaciones.

(Valparaíso 24 de mayo de 2010)

Entrevista con nutricionista encargada del Programa cardiovascular, del consultorio Jean & Marie Thierry, Srta. Vanessa Arenas T.

## Derivación a nutricionista

### 1. ¿Cuáles son los criterios de derivación a nutricionista?

Todos los pacientes con DM2 deben asistir a control con nutricionista. Este se hace desde el ingreso, cuando se le ha diagnosticado la enfermedad.

## Tratamiento

### 2. ¿Cómo es la atención que se les brindan a los AM con DM2 en el consultorio?

Nos guiamos por el programa cardiovascular correspondiente a las recomendaciones GES. La educación a los pacientes se hace control a control de forma personalizada, y utilizamos trípticos, pautas de alimentación, talleres y charlas grupales. Se trata de adecuar el tratamiento a cada paciente de forma personalizada.

## Control

### 3. ¿Cuál es el seguimiento para estos pacientes?

La frecuencia de los controles va a variar de acuerdo al estado nutricional y de compensación en que se encuentre el paciente. Por ejemplo, los pacientes con obesidad o sobrepeso deberían tener control con nutricionista cada 1 mes y luego de solucionar lo correspondiente al estado nutricional los controles pueden ser cada 2 meses.

El porcentaje aproximado de pacientes con DM2 en control conmigo es alrededor del 80%, el resto se atiende con otra nutricionista del mismo consultorio

### Adhesividad

4. ¿Cómo cree Ud. que es la adhesividad al tratamiento alimentario en los pacientes?

La adhesividad al tratamiento en un 100% es difícil de encontrar, creo que en general es baja y varía de acuerdo a diferentes factores como la época del año, catástrofes, festividades, economía, trabajo, nivel educacional y factores emocionales como la presencia de depresión o ansiedad.

(Valparaíso 24 de mayo de 2010)

Entrevista realizada a la enfermera Natalia Apablaza, encargada del Programa del AM en el Consultorio Plaza Justicia

### Pesquisa y Diagnóstico

1. ¿Cómo acceden los pacientes al Programa?

Todo AM sobre 65 ingresa al programa del AM por consulta espontánea y se pesquisa. Acá se trabaja en forma directa con el SOME, ellos detectan pacientes sobre 65 años y los derivan con la enfermera para hacer el EFAM, obviamente el grupo que se trabaja mucho más fácil es el que está incluido en el cardiovascular, que inicia controles desde los 15 años.

### Tratamiento

2. ¿Cómo es la atención que se les brindan a los AM con DM2 en el consultorio?

Con el modelo de CESFAM que ahora tiene el consultorio se debe realizar una atención integral al paciente, muchas veces no se puede hacer en el momento mismo, pero se gestiona, en lo posible, la primera semana. Si no se logra derivar a un paciente en forma inmediata, por ejemplo un AM descompensado se deriva a médico, se hace la coordinación inmediata con el equipo del sector, ya sea nutricionista, asistente social o psicólogo, en ese aspecto no hay problema, una cosa es la agenda y otra lo que suceda en el momento, sobretodo en el AM donde se observa la dificultad que tiene para llegar acá, que no reciben un sueldo sino una pensión, hay muchos que no tienen plata para bajar a buscar los medicamentos, o prefieren buscar la leche y perder sus controles, o AM que se alimentan sólo con la sopa y la leche, entonces hay que valorar muchos aspectos.

## Adhesividad

### 3. ¿Cómo cree Ud. que es la adhesividad de los pacientes?

El AM es una población que en general tiene buena adherencia a tratamiento, donde menos adherencia hay es en el adulto, especialmente entre los 40 a 60 años, esto en cuanto a la asistencia a controles o la medicación. Debido a que se mantienen activos laboralmente, prefieren faltar al control médico o de enfermera, además cuesta que reconozcan que tienen una patología crónica, a diferencia del AM que pasa en su casa y donde existe una mejor adherencia al tratamiento.

En esto de la adhesividad puede influir el grado de autovalencia, porque un paciente autovalente con riesgo es dependiente, es decir, requiere de alguien que lo traiga. Además se puede considerar la memoria, el nivel sociocultural: un paciente que tiene baja escolaridad va a tener falta de adherencia al tratamiento ya que ambos puntos están directamente relacionados, a través de los 13-14 años de colegio se desarrolla el trabajo cognitivo, entonces una persona a los 70 años tiene un minimal alterado, no sabe la fecha, se les pregunta qué medicación toma y no la conoce.

Depende además de qué tipo de familia tienen: si son unipersonales o extendidas. Hay muchos AM que viven solos, también con sus parejas, finalmente está la edad a la que aparece la patología, a un AM con aparición tardía es más probable que le cueste más su adherencia porque no viene con hábitos de antes.

## Actividades que se realizan para el AM

### 4. ¿Qué tipo de actividades enfocadas a los AM se realizan en el consultorio?

Actividades Comunitarias se hacen una vez al mes, lo hace una colega encargada de esa parte específicamente, se hacen actividades en las juntas de vecinos y llegan muchos AM ya que uno se encuentra "in situ", son actividades principalmente enfocadas a la prevención: EMPA (examen médico preventivo del adulto) EMP (examen de medicina preventivo) EPAM (examen preventivo del AM) también estos se realizan luego de la captación espontánea a través del SOME.

## Acceso de los AM al consultorio

### 5. ¿Cómo es el acceso de los AM al consultorio?

La población es mucha en el consultorio, hay más de 60.000 usuarios inscritos, aunque regularmente se controla la mitad, además hay muchos pacientes que están acostumbrados acá, y aunque se cambien de domicilio generalmente no se cambian de consultorio, están acostumbrados con su enfermera, con su médico, al consultorio, hay gran parte del centro de Valparaíso y llegamos hasta Playa Ancha, todo lo que es pie de cerro: Florida, el Mesilla, el Cordillera, es grande la población que se abarca y claro, hay un grupo de pacientes que no se alcanza a manejar; gente que viene de Casablanca, que

no se quieren cambiar y evaden el tema y como no hay un sistema de red con los demás consultorios y con la CORMUVAL no se logra tener la pesquisa para decirle “no, usted debería inscribirse en otro consultorio” y definitivamente no se cambian.

(Valparaíso 24 de mayo de 2010)