



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



FACTORES PRESENTES EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y EXISTENCIA DE DESCOMPENSACIÓN

Autores: Jazmín Araya López.
Lorena Cerda Moya.
Marcela Duque Gómez.
Catherine Estrada Ordóñez.
Marcela Henríquez Gallardo.
Pamela Lizama Núñez.
Evelyn Ramos Morales

Docente Guía: Sra. Viviana Guerra

AGRADECIMIENTOS:

*A todos quienes hicieron posible la realización de nuestros sueños y obligaciones,
A nuestras familias por el apoyo incondicional; a quienes nos quieren por la paciencia y comprensión.*

A Dios, por darnos fuerza e iluminar nuestro camino

A cada una de nosotras por la tenacidad que nos permitió nadar contra la corriente.

INDICE

	<u>Pág.</u>		<u>Pág.</u>
CAPITULO I: INTRODUCCION			
1.Introducción.....	2	1.4 Modelo de Cuidados de	
2.Delimitación Y Definición		Enfermería de Dorothea Orem.....	28
de Términos.....	4	a) Teoría del Autocuidado.....	29
a) Delimitación Del Problema.....	4	b) Teoría del Déficit del	
b) Definición De Términos.....	4	Autocuidado.....	29
3.Fundamentación.....	5	c) Teoría de los Sistemas de	
4. Limitaciones Del Estudio.....	6	Enfermería.....	29
		d) Definiciones.....	30
		1.5 Gestión del Cuidado y Diabetes	
		Mellitus Tipo 2.....	31
		a) Investigación.....	32
		b) Educación.....	32
		c) Gestión.....	32
		d) Asistencial.....	33
		2.Objetivos Generales.....	34
		3.Objetivos Específicos.....	34
		4.Definición Y Operacionalización de	
		Variables.....	36
		a) Factores Universales	36
		b) Factores Específicos.....	37
		CAPITULO III: METODOLOGIA	
		1.Organización Del Trabajo En Grupo..	42
		2.Tipo de Diseño de la Investigación....	42
		3.Población Del Estudio, Definición del	
		Universo.....	42
		4.Definición De La Muestra.....	43
		5.Criterios De Exclusión.....	43
		6.Método De Recolección De Datos....	44
		a) Descripción Del Instrumento....	44
		b) Confiabilidad Del Instrumento..	45
		7.Organización Del Trabajo en	
		Terreno.....	45
		8.Criterios Para El Análisis y Tabulación	
		de Datos.....	46
		CAPITULO IV: RESULTADOS	
		1.Antecedentes de la Muestra.....	48
		a) Factores Universales.....	48
		b) Factores Específicos.....	49
		2.Antecedentes De Las Personas	
		Descompensadas.....	56
		a) Factores Universales.....	56

b) Factores Específicos.....	57
3. Compensados v/s Descompensados	
Por Categorías.....	63
a) Factores Universales.....	63
b) Factores Específicos.....	65

**CAPITULO V: DISCUSION,
RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

1. Conclusiones.....	71
2. Recomendaciones.....	77
3. Resumen.....	79

**CAPITULO VI: PAGINAS
COMPLEMENTARIAS**

1. Lista de Referencias	
Bibliográficas.....	82
2. Bibliografía General.....	83
3. Apéndice (Anexos).....	86

<u>Anexo N°1: Marco Teórico.....</u>	86
1. Evaluación Funcional del	
Adulto Mayor (EFAM Chile).....	86
1.1.1 Cuestionario EFAM.....	86
2. Teoría Psicosocial Según Erik	
Erikson.....	87
<u>Anexo N° 2: Consentimiento</u>	
Informado.....	89
<u>Anexo N° 3: Instructivo.....</u>	91
<u>Anexo N° 4: Instrumento.....</u>	93
<u>Anexo N° 5: Tablas.....</u>	97
<u>Anexo N° 6: Gráficos.....</u>	108

INDICE DE GRAFICOS

Contenidos	Pag.
1. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA	
a) Factores universales:	
Gráfico N° 1: Factor universal, Edad.....	48
Gráfico N° 2: Factor universal, Sexo.....	48
Gráfico N° 3: Factor universal, Antecedentes Familiares de Diabetes Tipo 2.....	48
b) Factores específicos:	
Gráfico N° 4: Área sociocultural, Escolaridad.....	49
Gráfico N° 5: Área sociocultural, Familia: Tipo de Familia.....	50
Gráfico N° 6: Área Sociocultural, Familia: Funcionalidad Familiar.....	50
Gráfico N° 7: Área sociocultural, Familia: Rol de la Persona Dentro de la Familia.....	50
Gráfico N° 8: Área sociocultural, Actividad Laboral: Situación Laboral.....	51
Gráfico N° 9: Área sociocultural, Actividad Laboral: Horas de Trabajo al Día.....	51
Gráfico N° 10: Área sociocultural, Actividad Laboral: Procedencia de la Alimentación.....	51
Gráfico N° 11: Área sociocultural; Redes de Apoyo...	52
Gráfico N° 12: Área Biológica, Nivel de Compensación.....	52
Gráfico N° 13: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2.....	53
Gráfico N° 14: Área Biológica, Asistencia a Control en último año.....	53

.....	
Gráfico N° 15: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Tipo de Tratamiento.....	54
Gráfico N° 16: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Hipoglicemiantes Diarios.....	54
Gráfico N° 17: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Cantidad de Medicamentos Diarios.....	54
Gráfico N° 18: Área Psicológica, Percepción del Estado de Salud..	55
Gráfico N° 19: Funcionalidad Familiar en Personas de 65 y más Años.....	55
2. ANTECEDENTES DESCOMPENSADOS DE LA MUESTRA	
a) Factores universales:	
Gráfico N° 20: Factor universal, Edad en Descompensados.....	56
Gráfico N° 21: Factor universal, Sexo en Descompensados.....	56
Gráfico N° 22: Factor universal, Antecedentes Familiares de Diabetes Tipo 2 en Descompensados.....	56
b) Factores específicos:	
Gráfico N° 23: Área sociocultural, Escolaridad en Descompensados.....	57
Gráfico N° 24: Área sociocultural, Familia: Tipo de Familia en Descompensados.....	58
Gráfico N° 25: Área sociocultural, Familia: Funcionalidad Familiar en Descompensados.....	58
Gráfico N° 26: Área sociocultural, Familia: Rol de la Persona Dentro de la Familia en Descompensados.....	58

Gráfico N° 27: Área sociocultural, Actividad Laboral: Situación Laboral en Descompensados.....	59
Gráfico N° 28: Área sociocultural, Actividad Laboral: Horas de Trabajo al Día en Descompensados.....	59
Gráfico N° 29: Área sociocultural, Actividad Laboral: Procedencia de la Alimentación en Descompensados.....	59
Gráfico N° 30: Área sociocultural; Redes de Apoyo en Descompensados.....	60
Gráfico N° 31: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2 en Descompensados.....	60
Gráfico N° 32: Área Biológica, Asistencia a Control en último año en Descompensados.....	60
Gráfico N° 33: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Tipo de Tratamiento en Descompensados.....	61
Gráfico N° 34: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Hipoglicemiantes Diarios en Descompensados.....	61
Gráfico N° 35: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Cantidad de Medicamentos Diarios en Descompensados.....	61
Gráfico N° 36: Área Psicológica, Percepción del Estado de Salud en Descompensados.....	61
Gráfico N° 37: Funcionalidad en Personas de 65 y más Años en Descompensados.....	62

3.COMPENSADOS V/S DESCOMPENSADOS POR CATEGORIAS	
a) Factores Universales	
Gráfico N° 38: Factor universal, Edad Compensados v/s Descompensados.....	63
Gráfico N° 39: Factor universal, Sexo Compensados v/s Descompensados.....	64
b) Factores Específicos:	
Gráfico N° 40: Área sociocultural, Familia: Tipo de Familia Compensados v/s Descompensados.....	65
Gráfico N° 41: Área sociocultural; Redes de Apoyo Compensados v/s Descompensados.....	66
Gráfico N° 42: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2 Compensados v/s Descompensados.....	67
Gráfico N° 43: Área Biológica, Asistencia a Control en último año Compensados v/s Descompensados.....	68
Gráfico N° 44: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Hipoglicemiantes Diarios Compensados v/s Descompensados.....	69
Gráfico N° 45: Tipo de Rol Según Sexo.....	108
Gráfico N° 46: Tipo de Rol Según Edad.....	108
Gráfico N° 47: Área Biológica, Años en Control por Diabetes Mellitus Tipo 2.....	109

CAPITULO I:

INTRODUCCION

1. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es actualmente considerada una epidemia a nivel global, además de ser considerada uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes.

Su morbilidad está determinada fundamentalmente por las complicaciones microvasculares. Con respecto a la población general, el paciente diabético presenta un riesgo 40 veces mayor de amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces mayor de ceguera, 2 a 5 veces mayor de accidente vascular encefálico (AVE) y entre 2 a 3 veces mayor de infarto agudo al miocardio (IAM). Pese a ello, su mortalidad se debe básicamente a las complicaciones macrovasculares, las cuales pueden estar presentes antes del diagnóstico de la enfermedad. Lo anteriormente planteado revela un serio problema de salud pública, si se considera que el año 2010 se espera que la población diabética duplique su número respecto del año 1994 y alcance cerca de los 240 millones de personas en todo el mundo.

Esta enfermedad crónica, desarrolla a lo largo de su evolución una serie de complicaciones, las que determinan un alto grado de morbilidad y mortalidad. Representa un número muy importante de consultas médicas, hospitalizaciones, pensiones de invalidez y muerte. Todo esto significa un alto costo social y económico para todos los países.

En Chile, la Diabetes corresponde a la octava causa de muerte, con una tasa creciente que el año 1998 alcanzó los 24 x 100.000 hab. La Encuesta Nacional de Salud (representativa de todo Chile), que efectuó el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), demostró que la prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 era de 4,2% en la población general, elevándose enormemente después de los 45 años de edad, especialmente en los mayores de 65 años, en quienes llegaba a 15,2%.

Un dato interesante fue que un 89% de los diabéticos diagnosticados en la encuesta tenían conocimiento de que eran portadores de dicha enfermedad y que un 75% de ellos estaban en tratamiento, de los cuales un 20% estaban controlados.

Todo lo anteriormente expuesto enfatiza la importancia de lograr una prevención en la aparición de las complicaciones de esta enfermedad, retardando su desarrollo o haciendo más benigna su evolución. En este sentido es fundamental el rol que cumple el profesional de Enfermería en la prevención y promoción de la salud de las personas que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, a través de la interacción con estas.

La experiencia adquirida a través de los diferentes prácticos de la carrera de Enfermería dictada por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso y los datos estadísticos que se manejan tanto a nivel nacional como

internacional, llevan a plantearse la siguiente pregunta ¿Por que la persona con Diabetes Mellitus tipo2, a pesar de las intervenciones que se le realizan para llevar a cabo su autocuidado no se mantienen bajo control?, ¿Existirán otros factores que incidan en este bajo porcentaje de personas que se encuentran bajo control?

Para poder dar respuesta a estas interrogantes, se procedió a realizar el presente Seminario de Tesis titulado “Factores presentes en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y existencia de descompensación. Centro de Atención Primaria, Dr. Marcos Maldonado, Abril – Mayo de 2006”.El cual, una vez finalizado, otorga a las autoras de este Seminario Tesis el grado de Licenciadas de Enfermería.

Este estudio fue realizado en el Centro de Atención Primaria Marcos Maldonado, perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ), correspondiendo a una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa, de corte transversal, obteniendo la información a través de encuestas domiciliarias. Esta permitió analizar descriptivamente los factores que influyen en la desviación del estado de salud de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 según el Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem, en las que se pretende identificar los factores que entorpecen el control metabólico de las personas del estudio e intervenir en el cuidado como profesionales de Enfermería, dado a que el proceso de cuidar es el resultado de una construcción única para cada situación particular originada a partir de la identificación de los problemas de salud y de las necesidades reales o potenciales de las personas demandantes de cuidados.

2. DELIMITACION Y DEFINICION DE TERMINOS

a) **Delimitación Del Problema.**

Factores presentes en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y existencia de descompensación. Centro de Atención Primaria, Dr. Marcos Maldonado, Abril – Mayo de 2006.

b) **Definición De Términos.**

- **Factores:** Se refiere a las características y condiciones propias de las personas del estudio, que determinan las acciones para el autocuidado en la desviación del estado de salud, según el modelo de D. Orem. Se considerarán 2 tipos de factores:
 - **Factores Universales:** Parte de nuestra condición vital que determina la satisfacción de las necesidades básicas y que *no son modificables*. Se refiere a características generales como edad, sexo y antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2.
 - **Factores Específicos:** Características propias *modificables* que influyen en el estado de salud. Se dividen en las siguientes áreas: área sociocultural, área biológica, área Psicológica y Funcionalidad en personas de 65 y más años.
- **Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2:** Se refiere a mujeres y hombres de 20 y más años diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2, controladas en el Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado e inscritas más de un año en el Programa de Salud Cardiovascular de ese centro al momento del estudio.

De acuerdo al modelo de D. Orem corresponde a una desviación del estado de salud, condición que es permanente y que requiere determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias. En este estudio se entenderán como “personas del estudio”.
- **Descompensación:** En las personas del estudio se define como hiperglicemia, es decir, un valor de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) mayor o igual a 8% o glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg / dl.

3. FUNDAMENTACION

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una pandemia creciente como consecuencia del envejecimiento poblacional y las tendencias progresivas de los factores de riesgo asociados a la enfermedad, relacionados con factores ambientales y el proceso de modernización en los países en desarrollo, determinando cambios en los hábitos de vida.

Actualmente existe un aumento de la mortalidad por Diabetes Mellitus en todos los países. Chile no está ajeno a esta realidad, presentando una mortalidad de 5 x 100.000 Hab. en el año 1955, cifra que se ha elevado a 12,9 x 100.000 Hab. en el año 1994, con una mortalidad aumentada en el grupo de personas mayores de 60 años.

La prevalencia de Diabetes Mellitus en Chile, antes de los 44 años es de 0,1%, aumentando a 9,4 % en el grupo de personas entre los 45 a 64 años de edad y alcanza un 15,2 % en las personas de 65 y más años. Estas cifras son relevantes, si se analizan con respecto al grado de compensación de las personas que poseen dicha enfermedad, ya que un elevado número de éstas no logran alcanzar un nivel adecuado y por ende, llegan a estadios más avanzados de la enfermedad en donde se sitúan las complicaciones de ésta como: infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, retinopatía, insuficiencia renal, amputaciones de extremidades y muerte prematura; incrementando los gastos en salud, disminuyendo la productividad y calidad de vida junto con la de sus familiares.

Según lo anteriormente señalado, se cuantifica a través de los datos de Egresos Hospitalarios del año 2001 en nuestro país lo siguiente:

- entre los 20 y 44 años egresaron 1.749 personas,
- entre 45 y 64 años egresaron 7.365 personas y
- 65 años y más años egresaron 8.136 personas.

Es así como el problema cobra magnitud, al comprobarse que el paciente diabético es más susceptible y por ende tiene una expectativa de vida menor que la población en general. A su vez, cobra vital importancia el control, seguimiento y tratamiento continuo del paciente diabético con objeto de evitar y / o controlar las complicaciones propias de la enfermedad. Por ello, el rol que ejerce el profesional de Enfermería en las actividades antes mencionadas y que se otorgan en todos los niveles de atención en salud son fundamentales para lograr la compensación de estas personas y además, que su calidad de vida mejore.

Es importante conocer que factores influyen en el grado de compensación de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, al margen de las actividades realizadas por el personal de salud que los atiende, es decir, conocer aquellos factores que son inherentes a las personas del estudio y el entorno en el que se desenvuelven día a día.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Escasa experiencia que posee el grupo tesista en el área de la investigación y en la problemática abordada.
- Dificultad para compatibilizar el trabajo en conjunto, debido a la sobrecarga de actividades académicas que limitaron el horario para llevar a cabo el proceso de investigación en forma sistemática.
- Existencia de diferentes criterios de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) que utilizan el Ministerio de Salud y los Centros de Atención Primaria de Viña del Mar, para definir la compensación y descompensación de los pacientes diabéticos.
- Registros incompletos en las tarjetas de atención del Centro de Atención Primaria de las personas del estudio.
- Sistema de atención del Centro de Atención Primaria dificultó la recolección de datos de la encuesta, puesto a que las tarjetas de atención no estaban disponibles en su totalidad para dichos fines.
- Tiempo que demanda la realización de las encuestas a domicilio, debido al espaciamiento geográfico existente.

CAPITULO II:
MARCO CONCEPTUAL

1. MARCO TEORICO

1.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2

a) **Definición.**

La Diabetes Mellitus es una alteración metabólica de carácter crónico que se caracteriza, fundamentalmente, por una insuficiencia relativa o absoluta de la secreción de insulina y además una insensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de ésta, dando origen a niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre.

b) **Clasificación.**

Esta clasificación fue realizada por el comité de expertos de la ADA¹ y la OMS², de acuerdo con las causas de la enfermedad. En el presente estudio.

• **Clasificación Clínica:**

- Diabetes Mellitus Tipo 1.
- Diabetes Mellitus Tipo 2 (tipo que abordará este estudio).
- Intolerancia a la glucosa.
- Diabetes Gestacional.

• **Clasificación según Riesgo Estadístico:**

- Anormalidad previa de Tolerancia de la Glucosa.
- Anormalidad potencial de Tolerancia a la Glucosa.

Según la clasificación clínica, la Diabetes Mellitus Tipo 2, se caracteriza por la resistencia insulínica asociada usualmente a un déficit relativo de insulina. Puede variar desde el predominio de la resistencia insulínica con un relativo déficit de insulina a un predominio del déficit en la secreción de insulina con resistencia insulínica. Este tipo de Diabetes, si bien puede ocurrir a cualquier edad, habitualmente se ve con frecuencia en la vida adulta, después de los 40 años, en personas con obesidad (alrededor de un 80%). El riesgo de desarrollar esta forma de Diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Se da con mayor frecuencia en mujeres con antecedentes de Diabetes Gestacional y en individuos con Hipertensión Arterial o Dislipidemia. De comienzo insidioso, representa el 90 – 95% de los casos de Diabetes Mellitus y pese a que se asocia a un fuerte factor genético, aún no está claramente definido por la complejidad que conlleva.

¹ American Diabetes Association

² Organización Mundial de la Salud

c) Epidemiología.

La Diabetes Mellitus constituye hoy en día una verdadera epidemia en el mundo. Las cifras entregadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que actualmente existen 157 millones de personas con Diabetes y que esta cifra podría duplicarse en los próximos 10 años; con el agravante de que la mitad de las personas con Diabetes desconoce que padece la enfermedad.

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren Diabetes, de ellos alrededor del 90% padecen Diabetes Mellitus Tipo2.

La Diabetes Mellitus es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto medio y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países.

En el mundo Occidental, la prevalencia de Diabetes Mellitus se estima que oscila entre el 2 y el 6% (90 – 95 % de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2) de la población, de los cuales un 50% permanece sin diagnosticar. Se desprende que por cada persona con la enfermedad diagnosticada, existe una no pesquisada. Al año 2000 se ha calculado que más de 35 millones de personas sufren de Diabetes Mellitus en nuestro continente, estimándose que para el año 2025 unos 64 millones de casos se registrarán en América Latina y El Caribe (54% que aumentara a un 62%).

La prevalencia global demostrada por la Encuesta Nacional de Salud, fue de 4.2% (4.8% en hombres y 3.8% en mujeres). Según diferentes estudios poblacionales se señala que la prevalencia fluctúa de 2,3% a 5,3% de la población adulta en el gran Santiago, tendiendo a afectar con mayor frecuencia a estratos socioeconómicos bajos. La prevalencia aumenta de forma significativa en relación a la edad: alcanzando cifras entre el 10 – 15% en la población mayor de 65 años, y el 20% si consideramos sólo a los mayores de 80 años.

Los únicos datos epidemiológicos que se encuentran dentro de nuestra región, están dados por el proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción de las Enfermedades No transmisibles). Este estudio, realizado en 1997, se efectuó en una muestra representativa de la población de 25 a 64 años de edad de la comuna de Valparaíso, donde el principal objetivo fue estudiar la Prevalencia de Factores de Riesgo de las enfermedades no transmisibles, apreciándose que la Diabetes Mellitus Tipo 2 como Factor de Riesgo, no presenta una diferencia significativa entre hombres y mujeres (4,0% y 3,9% respectivamente).

La incidencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 alcanza 60 – 150 casos nuevos/ 100.000 habitantes/ año.

Con respecto a la mortalidad causada por la Diabetes Mellitus, esta es 2 – 3 veces superior en pacientes en los que se les ha diagnosticado la enfermedad después de los 40 años. En la mayoría de los países desarrollados, la Diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las causas de defunción.

A nivel nacional, la Diabetes Mellitus constituye la 8ª causa de muerte (2002). Posee una tasa de mortalidad de 19.2 por 100.000 habitantes (19.8 x 100.000 habitantes en mujeres y 18.5 x 100.000 habitantes en hombres); siendo la primera causa de muerte entre los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 el infarto de miocardio, con un 50 – 60%.

A nivel del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ), la población beneficiaria de 20 y más años 2005 es de 537.435³ personas, de ellos se espera una prevalencia del 5% de Diabetes Mellitus tipo 2, lo que equivale a 26.872 personas. Existen 15.715 personas de 20 y más años bajo control por dicha patología, por lo tanto la cobertura según prevalencia es de 58,5% para el SSVQ año 2005.

El Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado, tiene una población total en control por esta patología de 887 personas, con una cobertura del 54%⁴ de los casos esperados.

Al considerar el porcentaje de personas que presentan Glicemias menores a 130 mg/dl, estas según los informes del SSVQ alcanzan un número de 2.932 personas, correspondiendo al 18.7%; por otra parte las personas con Glicemias menores a 130 mg/dl, en el Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado alcanzan el valor de 194 personas correspondiendo esta cifra al 21.5%.

En cuanto al porcentaje de personas atendidas en el SSVQ que presentan una HbA1c menor a 8 asciende a 1.384 personas, lo que corresponde a un 8.8%; en tanto el Centro de Atención Primaria antes mencionado alcanza un 22%, siendo la exigencia técnica de pacientes compensados el 40%⁵ de los casos en control.

d) Etiología.

Es un síndrome metabólico caracterizado por hiperglicemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambos. Su naturaleza genética ha sido sugerida por la altísima concordancia de esta forma clínica en gemelos idénticos y por su transmisión familiar.

Son factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2:

- Obesidad IMC ≥ 30 Kg./ m².
- Parientes primer grado diabéticos (padre, madre, hermanos).
- Mujeres con antecedentes de recién nacido macrosómico o historia de diabetes gestacional.
- Hipertensos (presión $\geq 140/90$ mmHg).
- HDL ≤ 35 mg/dl y/o triglicéridos ≥ 250 mg /dl.
- Examen previo con intolerancia a glucosa.

³ Fuente Estadística SSVQ

⁴ Fuente Estadística SSVQ

⁵ Fuente MINSAL (Ministerio de Salud)

- Historia de enfermedad vascular.
- Estado de insulinoresistencia (Síndrome ovario poliquístico, acantosis nigricans).

El diagnóstico se realiza en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Glicemia al azar ≥ 200 mg /dl más síntomas clásicos: poliuria, polidipsia, polifagia.
- Glicemia en ayunas repetida ≥ 126 mg / dl.
- Glicemia a las 2 horas post carga de 75 gramos de glucosa > 200 mg/dl (Prueba Tolerancia a la Glucosa Oral, PTGO).

e) **Fisiopatología.**

El páncreas endocrino está constituido por nidos de células llamadas Islotes de Langerhans, que se encuentran distribuidos en toda la extensión del páncreas exocrino. Hay cuatro tipos de células dentro de los islotes, cada una de las cuales producen un producto secretor importante. Las células beta secretoras de Insulina, están en la porción central de los islotes y constituyen el tipo celular predominante (80% de las células).

La regulación nerviosa de la liberación de hormonas de las células de los islotes, tanto directa a través de fibras simpáticas como indirecta por estimulación de la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal, desempeña una función fundamental en la homeostasis de la glucosa durante el estrés.

En la Diabetes Mellitus Tipo 2, hay dos problemas principales relacionados con la insulina: resistencia insulínica y alteración de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de las superficies celulares e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa⁶.

En este tipo de Diabetes, la reacción intracelular disminuye provocando una resistencia insulínica, dificultando la captación de glucosa por parte de los tejidos. No se conocen los mecanismos exactos que conducen a esta resistencia y a la secreción deficiente de Insulina. Pese a ello, se postula que los factores genéticos son parte de este proceso.

Para compensar esta resistencia y evitar el aumento gradual de la glicemia, se eleva la cantidad de insulina secretada, manteniendo la glicemia normal o ligeramente elevada. No obstante, si las células beta no logran cubrir la demanda creciente de insulina, la glicemia se eleva, desarrollándose esta enfermedad.

La cetoacidosis diabética no se presenta en este tipo de personas, puesto a que aún existe suficiente Insulina que evita la degradación de los lípidos y la subsiguiente producción de cuerpos cetónicos. Sin embargo, la Diabetes Mellitus Tipo 2 no controlada, provoca el estado hiperosmolar no cetósico.

⁶ Brunner y Suddarth . Enfermería Médico – Quirúrgica. Capítulo 37, Novena Edición, 2002.

Esta enfermedad se asocia con la intolerancia a la glucosa progresiva y lenta (por años), pasando inadvertido por muchos años. Los síntomas clásicos presentados son polifagia, poliuria, polidipsia. Podemos mencionar además la irritabilidad, fatiga, heridas con cicatrización deficiente, infecciones vaginales o visión borrosa (si la glicemia esta muy elevada), sintomatología por la cual las personas acuden a consultar. Cuando no existe un diagnóstico oportuno, sumado con el transcurso de los años, las complicaciones de la enfermedad se manifiestan con mayor severidad.

f) **Historia Natural de la Enfermedad.**

i. **Periodo Prepatogénico:**

Presencia de uno o más factores de riesgo que generalmente se relacionan con el desarrollo eventual de una Diabetes Mellitus Tipo 2.

Es extraordinariamente difícil determinar con certeza el comienzo de la Diabetes Mellitus, debido a que la evolución de la misma es insidiosa ya que, más o menos, un 40% de los pacientes presentan síntomas en esta etapa. El enfoque eminentemente preventivo dado por el sector de salud, se aboca en esta etapa prepatogénica al control de los factores de riesgo (prevención primaria) distinguiéndose dos grupos de factores:

- **Factores Hereditarios:** Los que son de importancia en la génesis de la Diabetes Mellitus, principalmente en el Tipo 1.

- **Factores Ambientales:**

- **Nutrición:** la Obesidad, es un factor que produce un desorden metabólico. El 80% de los pacientes son obesos al momento del diagnóstico. De las personas de constitución ectomorfa, sólo un 0.3% son diabéticas.
- **Infecciones Virales:** Pueden producir lesiones en las células beta del páncreas.
- **Otros:**
 - ✓ El estrés psicológico por acción de las catecolamina.
 - ✓ Los tratamientos con corticoides, con tiacidas y con gestágenos
 - ✓ La ingestión de sustancias químicas, como por ejemplo rodenticida.

ii. **Periodo Patogénico:**

Abarca desde los primeros desórdenes celulares hasta la resolución de la enfermedad (incapacidad o muerte).

Antes de la aparición de los signos y síntomas, existe primero un desorden celular, luego se produce una lesión de las células beta del páncreas (por infecciones virales). Posterior a estos hechos, ocurre la aparición de los signos y síntomas clásicos de la Diabetes Mellitus. Estos signos y síntomas tempranos, generalmente se relacionan con

alteraciones del metabolismo, en cambio, los signos y síntomas tardíos son complicaciones de otras alteraciones más avanzadas.

Cuando la enfermedad lleva alrededor de 15 años y más de evolución, aparecen las complicaciones y secuelas, lo que puede llevar a incapacidad temporal o permanente y/o parcial o total, o posteriormente la muerte.

Durante el periodo patogénico en su etapa temprana o subclínica, la tolerancia a la glucosa es normal, pero se ha demostrado una intolerancia a los hidratos de carbono por medio de la prueba de tolerancia a la glucosa con cortisona.

g) Complicaciones.

i. Complicaciones a Corto Plazo:

Las principales complicaciones agudas, relacionadas a corto plazo con el desequilibrio de la glucosa en sangre en los Diabéticos Tipo 2 son:

- ***Hipoglicemia:*** Definida como la baja concentración de glucosa en sangre con niveles menores de 50 a 60 mg/100 ml. Esta puede ser causada por exceso de insulina o Hipoglicemiantes orales, exceso de actividad física o falta de alimento.

- ***Estado Hiperglicémico Hiperosmolar No Cetósico:*** Es un trastorno grave que ocurre cuando predominan la hiperosmolaridad e hiperglicemia.

En el estado hiperglicémico, el nivel de insulina esta demasiado bajo como para evitar la hiperglicemia, pero es suficiente para evitar la degradación de las grasas. La hiperglicemia persistente causa diuresis osmótica, que conlleva a pérdida de agua y electrolitos; para mantener el equilibrio osmótico se produce intercambio de agua del espacio intracelular al extracelular. Con la glucosuria y la deshidratación se produce hipernatremia y aumento de la osmolaridad.

ii. Complicaciones a Largo Plazo: A medida que aumenta el promedio de vida de los diabéticos las complicaciones se hacen más comunes, pudiendo afectar así a cualquier sistema orgánico. Este tipo de complicaciones no se observan en los 5 a 10 primeros años posteriores al diagnóstico.

- ***Complicaciones Macrovasculares:*** Ocurren debido a cambios en los vasos sanguíneos medianos a grandes. Las paredes de estos vasos se engruesan, esclerosan y se ocluyen por placas; por lo tanto, el flujo de sangre queda bloqueado.

Los tres tipos principales de complicaciones macrovasculares que ocurren con mayor frecuencia en las personas diabéticas son:

- Arteriopatía coronaria.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad vascular periférica.

• **Complicaciones Microvasculares:** Surgen debido a cambios en los capilares sanguíneos. Existe un engrosamiento de las membranas basales de los capilares que rodean a las células capilares endoteliales.

Los lugares donde se presentan con mayor frecuencia esta disfunción capilar son:

- En la retina del ojo ocasionando Retinopatía.
- En el riñón ocasionando Nefropatía.
- En los nervios ocasionando Neuropatía.

h) Tratamiento.

El tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Chile, esta garantizado a través del GES⁷, el cual contempla el inicio de la atención antes de 6 meses, una vez diagnosticada la persona.

El tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 comienza con una evaluación del estado del individuo, incluye su estado metabólico actual, enfermedades asociadas, complicaciones y los objetivos terapéuticos a lograr, tomando en cuenta el autocuidado.

El tratamiento esta cargo de un equipo multidisciplinario (Médico, Enfermera y Nutricionista) que incluye 5 controles promedios al año. La frecuencia o tipo de consulta estará en función a las características y necesidades, así como del nivel de adherencia y aceptación de la enfermedad por parte de la persona.

i. Intervención no farmacológica: La alimentación programada junto a la actividad física son la base del tratamiento de la Diabetes. Sin ellos, es difícil obtener un control metabólico adecuado. Los aspectos básicos de estos componentes deben ser tratados en las consultas y controles individuales, por el equipo multidisciplinario.

ii. Intervención farmacológica: Cuando un paciente no logra niveles aceptables de glicemia con dieta, ejercicio, educación y esfuerzo personal, debe agregarse tratamiento farmacológico.

La elección entre fármacos orales e insulina se basa en las características de cada paciente considerando:

- Glicemia inicial.
- Contexto clínico general de la enfermedad.
- Edad y peso del individuo.
- Nivel de educación en Diabetes Mellitus del paciente.
- Nivel de motivación del sujeto.
- Posibles contraindicaciones de medicamentos.

⁷ Garantías Explícitas en Salud.

Los fármacos orales están indicados en Diabéticos Tipo 2 que no responden a la dieta exclusiva y actividad física después de 2 a 4 meses.

La elección del fármaco depende de la edad del paciente, del estado nutricional y del nivel de descompensación. Si la glicemia en ayunas es inferior a 200 mg/dl, se preferirá un fármaco que no produzca hipoglicemia. En sujetos obesos son recomendables las biguanidas que reducen especialmente la hiperglicemia en ayunas.

Si la descompensación inicial es más importante (glicemias en ayunas sobre 200 mg/dl), las sulfonilureas aparecen como la primera opción, logrando generalmente una buena respuesta.

Debe iniciarse la terapia con la dosis mínima necesaria y con el fármaco de menor potencia, ajustando luego según el caso. Cuando no se logra respuesta con una sola droga, pueden combinarse fármacos con diferente mecanismo de acción.

• **Fármacos Hipoglicemiantes Orales:** Los fármacos se diferencian en su potencia, farmacocinética y metabolismo. Un grupo de ellos (sulfonilureas y meglitinidas) aumentan la secreción insulínica. Otros (biguanidas, glitazona y ascarbosa) aumentan el efecto insulínico a través de diversos mecanismos.

- Pacientes que generalmente responden a fármacos orales:
 - ✓ Sujetos mayores de 40 años,
 - ✓ Diabetes de menos de 5 años de evolución,
 - ✓ Pacientes que nunca han usado insulina y aquellos que necesitan menos de 30 Unidades al día.
- Los fármacos están contraindicados en:
 - ✓ Diabetes Mellitus Tipo 1.
 - ✓ Coma Hiperosmolar y Cetoacidosis.
 - ✓ Embarazo y período de lactancia.
 - ✓ Hipoglicemia elevada con stress severo.
 - ✓ Alergia a hipoglicemiantes orales.

• **Fracaso Primario y Secundario al Tratamiento:** El fracaso secundario es la falta de respuesta a fármacos orales después de un período mínimo de un año de control, en ausencia de otros factores de descompensación, como incumplimiento de la dieta, dosis inadecuadas o infecciones intercurrentes. Tiene una incidencia anual de 5 - 10% en individuos de peso normal y 1 a 3% en obesos. A los 10 años de tratamiento ha fracasado el 50% de los diabéticos tipo 2.

El fracaso secundario se debe a diversos factores:

- Glucotoxicidad (disminuye la síntesis y secreción insulínica, aumenta la insulinoresistencia),
- Resistencia insulínica por obesidad y sedentarismo,
- Edad: a menor edad de inicio, mayor frecuencia de fracaso secundario,

- Duración de la diabetes; el fracaso es más frecuente cuanto más antigua es la Diabetes.

En estos casos, el tratamiento es el uso de insulina, en forma exclusiva o asociada con hipoglicemiantes orales.

- **Tratamiento Insulínico en Diabetes Mellitus Tipo 2:** La incapacidad para obtener y mantener niveles de glicemias y HbA1c adecuados pese a recibir dosis máxima de dos o más hipoglicemiantes orales, de los cuales uno debe ser insulinoscretor y/o una acelerada baja de peso, hacen necesaria la indicación del uso de insulina.

La indicación de uso de insulina puede ser de dos tipos: permanentes o temporales.

- Uso Permanente:
 - ✓ Hiperglicemia mantenida, pese al uso de dosis máximas de hipoglicemiantes orales.
 - ✓ Adultos delgados (generalmente son Tipo 1).
 - ✓ Insuficiencia hepática o renal.
 - ✓ Alergia a hipoglicemiantes orales (excepcional).
- Uso Temporal:
 - ✓ Períodos agudos de stress: infecciones, traumatismos, cirugía, infarto agudo al miocardio (IAM), accidente vascular cerebral (AVC).
 - ✓ Embarazo.

La terapia se inicia con dosis bajas: 0,25 – 0,50 U por Kg⁸. peso de insulina de acción intermedia, colocada antes del desayuno, si se trata de una hiperglicemia postprandial, o en la noche en caso de hiperglicemias de ayunas. Las dosis se ajustan según controles periódicos (o autocontrol diario).

Debido a la insulinoresistencia, el diabético Tipo 2 obeso, muchas veces requiere dosis altas de insulina (sobre 100 U), incluso con esquemas de doble mezcla de insulina lenta y rápida.

⁸ MINSAL: Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2

1.2 DIMENSION SOCIOCULTURAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

El enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

1.2.1 FAMILIA

- **Definición:** La definición que engloba de mejor manera este concepto, se refiere a “un grupo de personas o persona sola, con o sin vínculo de parentesco que hacen vida en común, se alojan y se alimentan juntas” (MIDEPLAN)⁹.
- **Tipo de Familia:** Se reconocen los siguientes tipos de familia:
 - **Familia Nuclear:** Es aquella formada por un solo núcleo familiar. Se puede clasificar según su conformación en:
 - ✓ *Familia Nuclear Simple.* Formada por la pareja sin hijos.
 - ✓ *Familia Nuclear Biparental.* Formada por el padre, la madre y el o los hijos.
 - ✓ *Familia Nuclear Monoparental.* Formada por el padre o la madre y el o los hijos.
 - **Familia Extendida:** Es aquella conformada por una pareja o uno de sus miembros (con o sin hijos) y por otros integrantes que pueden o no ser parientes (2 núcleos familiares). Se clasifica en:
 - ✓ *Familia Extendida por allegados.*
 - ✓ *Familia Extendida Generacional.* O también conocida como “Familia Compuesta”, está integrada por dos parejas que viven bajo un mismo techo, ligados por lazos de consanguinidad, padres con un hijo casado y cónyuge o abuelos y padres de varios hijos.
 - **Familia Unipersonal:** Es aquella constituida por una persona sola.
 - **Hogar no familiar:** Es aquel constituido por dos o más personas que no tienen vínculos de parentesco entre sí, ejemplos: Hogar de Ancianos, Residencias Estudiantiles, etc.

⁹ ORELLANA, R. Apuntes Cátedra Enfermería Comunitaria II (Enf. 401): “La Familia”, 2005.

• **Funcionalidad Familiar:** La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. La persona percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.

El APGAR Familiar (Adaptabilidad, Participación, Gradiente de crecimiento, Afecto, Resolución) es un instrumento validado en Chile que permite medir el funcionamiento familiar, identificando el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Tiene considerables ventajas, destacando su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación; se compone de 5 preguntas las cuales reciben un puntaje de 0 a 2, según respuesta, así clasifica las familias en:

- *Familia Normofuncional:* 7 – 10 puntos.
- *Familia Moderadamente disfuncional:* 4 – 6 puntos.
- *Familia Gravemente disfuncional:* 0 – 3 puntos.

En una familia con una dinámica normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado, sentirse apoyado para lograr los objetivos del tratamiento. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que nos les permiten revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.

Un estudio realizado en México el año 2003 (“Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2”)¹⁰ demostró que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad. Uno de los hallazgos de este estudio, muestra en el grupo de pacientes con disfunción familiar un porcentaje de diabéticos con un grado de conocimiento muy bajo, lo que puede estar relacionado con falta de apoyo del grupo familiar hacia el enfermo. El 80% de los pacientes pertenecientes a familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, en cambio sólo el 56% de los individuos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características. Estos descubrimientos indican que las alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de otros factores.

• **Roles dentro de la Familia:** Se han identificado dos tipos de roles fundamentales: el instrumental y el expresivo.

¹⁰ <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/711205BE-46DE-408B-A67A-04E68C4EBDB2/0/2004rm4204disfunci%C3%B3nfam.pdf>

- **Rol Instrumental:** La persona que funciona de acuerdo a este rol, se rige por el intelecto, la razón. Se dedica a la búsqueda de soluciones a los problemas y se centra en lo material. Lo material no se refiere únicamente al ámbito económico, sino de las cosas concretas, de la operatividad para conseguir los objetivos planteados por la familia. Este rol va a determinar que el funcionamiento sea más frío y práctico. La sociedad asigna e identifica este rol en el hombre, a quien se le reconoce como “proveedor”.
- **Rol Expresivo:** Se relaciona con el mundo emocional; quien funciona de acuerdo con este rol atiende las necesidades afectivas del otro, cuida del otro, le proporciona contención emocional, escucha y apoyo, adopta una actitud empática frente a las dificultades y vivencias del otro; es decir, de calidez y cercanía, que ofrece cobijo emocional. Es un rol ancestral asignado a la mujer.

La responsabilidad de los cuidados de los miembros de la familia ha sido socialmente asignada a la mujer. Es ella quien toma, principalmente, las decisiones en relación a éste ámbito, acompaña a los controles de salud, cuida a los enfermos en casa y a quien ha perdido o disminuido su autovalencia, se encarga de los cuidados de los pacientes crónicos, visita y cuida a enfermos hospitalizados, entre otros ejemplos. Por lo tanto la mujer al ser la principal proveedora de cuidados juega un papel preponderante en el manejo cotidiano del familiar diabético. Un estudio – cuyo objetivo principal era el diseño de un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 –, identificó que existe un menor conocimiento sobre la enfermedad en las familias en donde la mujer es quien padece de Diabetes Mellitus, y las actitudes hacia la enferma y hacia el control van en sentido negativo.

- **La familia del Diabético:** La familia del diabético juega un papel fundamental para mantener la compensación del estado de salud de las personas con dicha enfermedad.

La Diabetes Mellitus es una patología que exige, a quien la padece, el cumplimiento de medidas de cuidado a lo largo de toda la vida, las cuales se efectúan en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación convierte en un pilar fundamental el apoyo proporcionado por el grupo familiar, apoyo que no sólo se acota al ámbito emocional, sino que además auxilie a la persona en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas necesarias para llevar a cabo su autocuidado. Por lo tanto el apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Para lograr un apoyo familiar efectivo (positivo) se hace imprescindible que la familia se convierta en un “organismo informado”, que maneje los conocimientos y herramientas apropiadas, de modo que no se torne un ente obstaculizador del control

metabólico del familiar enfermo. Sus integrantes deben entender que cuando aparece un diabético, la familia entera debe cambiar y mejorar su estilo de vida. No es adecuado que, mientras al paciente se le manda a ejercitarse y modificar su dieta, el resto de la familia siga frente a él, cayendo en el sedentarismo y excesos dietéticos. Deben vigilarse el cumplimiento del uso de los medicamentos y de la insulina, pero sin convertirse en un “odioso centinela”, sino más bien, enfatizando las conveniencias de realizar un tratamiento que preserve la salud del diabético y que exprese directamente el deseo familiar de conservarlo en buenas condiciones para el disfrute del tiempo en común con la familia.

Muchas familias descuidan estos aspectos durante años, y a veces décadas, para después terminar sacrificando muchos de sus recursos y esfuerzos lidiando con el diabético discapacitado o complicado, y entonces, extenuados, llegan a la conclusión de que hubiera sido más fácil convertirse en una familia de apoyo al diabético desde el inicio.

1.2.2 ACTIVIDAD LABORAL Y DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus, así como otras enfermedades crónicas, afecta la calidad de vida de quien la padece, repercutiendo en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales. Su interferencia puede abarcar el ámbito familiar, laboral, económico y social.

En lo que se refiere a la dimensión social, quienes padecen de esta patología pueden experimentar una mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social, en relación con individuos que no experimenten esta enfermedad crónica, toda vez que la diabetes exige, de las personas que la padecen, readecuación en sus estilos de vida.

Estos problemas de orden social – o algunos de ellos – que pueden interferir en la adecuada conciliación del autocuidado y las medidas terapéuticas indicadas para lograr un buen control metabólico, se resumen en la necesidad de cambios de horario para la alimentación, tipo de alimentos a consumir, interferencia de la actividad laboral o estudiantil para el cumplimiento del tratamiento, o viceversa, tipos de puestos de trabajo, limitaciones en la realización de esfuerzo físico, etc.

Existen escasas investigaciones y literatura en relación a este tópico, a pesar que la prevalencia de estos problemas sociales en la población que padece diabetes es alta.

Un estudio realizado el 2003 por el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) en Cuba, hizo importantes hallazgos. El objetivo central del trabajo se dirigió a determinar los problemas sociales referidos por personas con Diabetes. La investigación arrojó que la principal problemática estuvo en los aspectos laborales (98%): puestos laborales no

afines, dificultades para cumplir el plan alimentario o las indicaciones médicas en el trabajo y en los horarios laborales rotativos (sistema de turnos).

El principal conflicto entre diabetes y actividad laboral se relaciona con la dificultad de llevar los requerimientos alimentarios y los medicamentos, asociados tanto al desempeño en sí del trabajo (trabajo fuera de un centro fijo, fuera de horario laboral, reuniones en horario de colación o almuerzo), como a dificultades en la disponibilidad de los alimentos en los centros laborales. Muchas veces el contenido del trabajo, visitas a lugares, reuniones inesperadas y / o fuera del horario laboral, es decir, el desempeño laboral, atenta contra el logro de los requerimientos alimentarios. Las personas con diabetes requieren de flexibilidad y comprensión con los horarios de alimentación y tratamiento, por ello es vital que sus empleadores conozcan de la patología y las dificultades que éste puede experimentar si no sigue su plan de cuidados adecuadamente.

Según resultados obtenidos en la investigación ya mencionada, de las personas con diabetes desvinculadas de su actividad laboral, un importante porcentaje (58%) asoció su desvinculación a la presencia de la enfermedad; de ellos, la mayoría refiere sentirse psíquica y físicamente mal para continuar trabajando, además un grupo no menor refirió que la presión del trabajo le trajo descontrol metabólico. Esta situación (cesantía) puede ser detonante de otro problema social, impacta directamente en el área económica del diabético y su familia.

El conocimiento de los problemas que día a día enfrentan las personas con diabetes y cómo estos pueden interferir en la adhesión al tratamiento y el buen control metabólico, resultan de gran importancia para el equipo de salud. El detectar los problemas, modificar y mejorar las condiciones de vida que resultan negativas o perjudiciales para lograr el control deseado de su enfermedad, así como guiarlos en la búsqueda de alternativas eficaces para lograr el equilibrio entre las exigencias del tratamiento y su desempeño sociocotidiano.

1.2.3 REDES DE APOYO

El simple hecho de vivir conlleva a la aparición de problemáticas ya sean cotidianas, de las diferentes experiencias que se presentan según el ciclo vital de la persona o de la familia, como las debidas a los cambios inesperados e imprevistos como la enfermedad.

Lo importante es que la persona no evite estos problemas, sino que los resuelva adecuadamente y así minimizar el estrés. Para ello, los individuos disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa.

“El apoyo social, son provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”¹¹. En otras palabras, se puede definir como las relaciones que proveen a las personas de un apoyo emocional, material, o ambos, en su interacción con el medio.

Las fuentes proveedoras de apoyo aparecen como el resultado que establece la persona con otros individuos para dar soluciones a necesidades o conflictos que tiene, por lo que pueden ser variadas y de relativo valor para cada uno de ellos. De esta forma constituyen potenciales redes apoyo la pareja, la familia, los compañeros de trabajo y / o de estudio, las relaciones sociales en general (incluidas diversas instituciones), y el contacto personal con trabajadores de la salud, estos últimos de particular interés para personas enfermas.

Estas relaciones familiares y sociales de que dispone el paciente y su núcleo familiar, y que colaboran de diferentes maneras en todo el proceso de enfermedad, favorecen o dificultan el proceso de adaptación a ésta, e incluso algunos estudios las relacionan con el afrontamiento a las enfermedades y deseos de sobrevivir. Por lo tanto, la variable red de apoyo puede verse desde un punto de vista psicológico como una variable predictora del ajuste o adaptación a la enfermedad.

Existen dos tipos de redes de apoyo:

- Redes de apoyo naturales:
 - Familia.
 - Compañeros de trabajo.
 - Compañeros de estudio.
 - Compañeros de culto y creencias.
 - Amigos, vecinos, etc.
- Redes de apoyo organizados:
 - Servicios sociales institucionales.
 - Asociaciones de autoayuda..
 - Organizaciones no gubernamentales.
 - Ayuda profesional: médicos, enfermeras, asistentes sociales.

a) Redes de Apoyo Naturales.

i. Familia.

Es el agente socializador por excelencia, un sistema abierto conformado por otros subsistemas. Sin duda, la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia. El grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y que

¹¹ Lin, Dean y Ensel, 1986

más influencia ejerce sobre él; transmite los conocimientos, modelos y valores, que los individuos asumen como propios, por lo que es un elemento importante que la enfermera debe considerar en el proceso de cuidados.

El término crónico tiene un efecto negativo para el paciente y su entorno familiar debido, principalmente, a que el éxito de una mejoría es muy remoto. El paciente crónico origina tensiones, confusiones, desánimo y sentimiento de culpa en sus familias respecto a los cuidados que brindan al paciente, desajustando la armonía familiar.

ii. Amigos.

Son elegidos por el individuo y con ellos se comparten intereses, aficiones y filosofía de vida, generando sentimientos positivos de pertenencia, estima y seguridad.

iii. Compañeros de Culto.

Es un sistema muy antiguo en el que hay una relación que se caracteriza por encuentros periódicos con individuos con los que se comparten creencias, valores y un sentido de la vida. Es un apoyo disponible incluso con cambios geográficos.

iv. Vecinos.

Debido a la soledad en que viven algunos enfermos, con sus familias distantes geográficamente, los vecinos se sitúan en un primer lugar en el apoyo del paciente en temas domésticos (compras, alimentación) y de compañía. Proporcionan una sensación de seguridad al individuo ante los acontecimientos imprevistos que pueden surgir.

b) Redes de Apoyo Organizados.

i. Asociaciones de Autoayuda: Se reúnen personas que comparten los mismos problemas y experiencias vitales (paciente, familia y cuidadores primarios), con el fin de intercambiar sus vivencias acerca del tema, además de contar con ayuda de expertos que les orientan. La finalidad es involucrar al paciente en el cuidado de su salud.

ii. Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Asociaciones de Voluntarios: El voluntario es toda persona que de una manera desinteresada, generosa y constante, dedica su tiempo libre al servicio de los demás.

iii. Sistema de Ayuda Profesional: En el encuentro entre el individuo que padece una enfermedad crónica y el personal de salud, se produce una relación intensa por parte de ambos. Las personas depositan sus dolores, sufrimientos, miedos, angustias y un grado de incapacidad (gran carga afectiva) sobre el personal de salud que los atiende. De estos esperan el reconocimiento de “su” enfermedad y de “ellos mismos” como persona

enferma. Este sistema de apoyo suele ser el último al que las personas acuden en busca de ayuda.

1.3 DIMENSION PSICOLÓGICA: RESPUESTAS DE LA PERSONA FRENTE A LA ENFERMEDAD

Una enfermedad crónica puede ser definida como “aquél trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo”¹².

Por ende hablar de un paciente crónico indica que una persona experimenta una enfermedad de larga evolución, en la cual los síntomas siempre están presentes y la mejoría de estos es pasajera.

La duración de este periodo de tiempo de evolución de la patología puede variar y el proceso de la enfermedad puede ser muy inestable, con periodos de remisión y exacerbación, influyendo todo ello en el modo de responder de la persona a su dolencia.

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, por la amenaza implícita o explícita que supone a su integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que deberá hacer frente desde el inicio (cambios en la autoimagen y autoconcepto, en la dinámica familiar, en su vida laboral y de relación, en la rutina cotidiana, en las capacidades físicas, etc.).

Los problemas más frecuentes que presenta un enfermo crónico afectan al área personal, familiar y social:

- **En el área personal:** están asociados a la pérdida del estado de salud anterior. Se concentran en el malestar físico y emocional, pérdida de función o parte del cuerpo, cambios en los patrones de sexualidad, pérdida de la independencia, pérdida o modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida, alteraciones en el autoconcepto y autoimagen, sentimientos de impotencia y desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la pérdida de control propio y del medio y de respuestas depresivas, de negación o agresividad.
- **En el área familiar:** los más relevantes están vinculados a la pérdida de la homeostasis familiar anterior. Puede citarse la pérdida del rol por parte del enfermo y los cambios en el rol que deben asumir los demás miembros de la familia, cambios en las responsabilidades, la separación del entorno familiar – cuando existe la necesidad de

¹² http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_ciudad_cronic_2.htm

hospitalización –, problemas de comunicación entre los miembros y distorsiones en las rutinas familiares.

- **En el área social:** están centrados en la pérdida de relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el cambio o pérdida de status – cuando la enfermedad conlleva la pérdida o cambio en el empleo o cambios en el nivel económico –, aislamiento social – por las limitaciones y vivencia de la propia enfermedad –, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la cantidad y calidad de interacciones sociales.

El proceso de adaptación de la persona a su enfermedad crónica y a lo que ésta trae consigo, es fundamental para lograr el autocuidado. Es ideal que este proceso sea planificado, con apoyo técnico – donde el profesional de Enfermería cumple un rol prioritario – y familiar.

a) **Factores psico – sociales que influyen en las respuestas de la persona.**

Las diferentes formas en las que las personas pueden responder ante la enfermedad vienen determinadas por una serie de factores:

- **Factores Personales:** incluyen la edad (los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese generado. Los pacientes ancianos en general aceptan de mejor manera sus problemas médicos), sexo, personalidad del paciente (influirá en los mecanismos de defensa que utilizará), capacidad de adaptación y afrontamiento del estrés, experiencias previas – propias o ajenas – respecto de la enfermedad, significado que para la persona tenga la enfermedad (pérdida, ganancia, castigo, etc.), creencias y valores personales, habilidades para el autocuidado, capacidad para adquirir conocimientos, etc.
- **Factores socioculturales:** incluyen el significado social que tenga la enfermedad, la respuesta de la familia, su rol y posición, la situación laboral y económica en la que se encuentre la persona al enfermar, los recursos de apoyo sociales de los que disponga, etc.
- **Factores relacionados con la organización de salud:** incluyen la organización del centro, las condiciones asistenciales y terapéuticas, en las que se atiende al paciente, actitud del equipo de salud, confianza en el equipo terapéutico, estado actual del paciente, preparación psicológica del mismo, etc.
- **Factores de la enfermedad:** incluyen tipo de enfermedad, el pronóstico, las secuelas o potenciales incapacidades y las medidas terapéuticas que requiera la enfermedad.

Todos estos factores deberán ser analizados al realizar la valoración de los aspectos psicosociales que inciden en la respuesta de la persona a la enfermedad.

b) Vivencia de la enfermedad y percepción del estado de salud.

Los factores mencionados anteriormente determinan diferentes comportamientos y por lo tanto diferentes formas de hacer frente a la enfermedad.

Los modelos habituales de reacción psicológica a la enfermedad que aparecen en los pacientes, deben atenerse al patrón de las conductas frustradoras.

A través de la movilización de los mecanismos defensivos, el yo trata de luchar contra la angustia y los temores ligados a la enfermedad y se enfrenta a la frustración y, así, se establecen nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo.

Las siguientes son las reacciones más comunes de los adultos frente a una enfermedad crónica:

- ***Reacción de huida o negación:*** el objetivo es eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables; la negación de la enfermedad puede ser simplemente negando el padecimiento u ocultando sus efectos actuando como si no los tuviera. Mientras más asintomático es el cuadro, más favorece a una huida de este tipo. Es típico de las personas con negación, la consulta esporádica, en que pasan largos periodos de tiempo sin que asistan a control, es decir, “desaparecen”. Esta respuesta es más común en los ancianos que en los jóvenes. Se hace patente cuando se les pregunta sobre su condición física; algunos pacientes insisten en que se encuentran bien, que su padecimiento es mínimo o nulo.
- ***Reacción de agresión o rechazo activo:*** la movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el personal de salud la culpa de algunos incidentes desfavorables: el origen de la enfermedad y la posible aparición de complicaciones. No están satisfechos nunca con los cuidados recibidos, tienen la impresión que no son tratados de la misma forma que los demás enfermos. Raramente, las personas expresan su agresividad frente al personal de salud. En cambio, una vez fuera de la consulta suelen ser más francos. Es común encontrar el patrón agresivo – pasivo; la agresividad se vehiculariza a través de una resistencia pasiva casi inaparente, a las indicaciones del profesional de salud (pérdida de recetas, olvido de la fecha del control, cambiar la dosis del medicamento).
- ***Reacción de racionalización:*** los individuos apoyan sus conductas en argumentos o razones, se justifican. Los enfermos crónicos pueden interpretar su enfermedad para justificar su conducta. Ejemplo: creen que si se inyectan insulina cada vez serán más diabéticos.

- **Reacción de regresión:** toda enfermedad favorece el desarrollo de regresión, sobre todo si requiere de una readaptación y reestructuración de los estilos de vida. El individuo abandona su independencia y determinación y retrocede a estadios más tempranos del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros.

- **Reacción de evasión:** se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un modo de fantasías y sueños, donde las personas viven la realización de sus deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por habérselo impedido al acontecer morbosos y otros obstáculos frustrantes. Puede traducirse en la construcción de una segunda vida, duramente íntima y subjetiva en aras del pensamiento fantástico. Un ejemplo es la evasión al mundo del alcohol y las drogas; todo cambio en la situación de vida que enfrenta, tal como puede ser el impacto producido por estas sustancias, constituye una experiencia psíquica de evasión sumamente grata, es decir, el descubrimiento de un nuevo mundo.

- **Reacción de inculpación:** la liberación de mecanismos autopunitivos hace que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y de las complicaciones de estas y trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian. La principal medida que debe adoptar el profesional de Enfermería en la atención de estos pacientes es la comunicación, la que debe ser amplia, activa, empática y precoz. Esta medida es la más idónea para enfrentar la reactiva del paciente y evitar que culmine, como ocurre en muchos casos, en un cuadro depresivo e incluso en un acto suicida.

- **Reacción de represión y supresión:** el individuo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual la persona hace un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que le es desagradable. La represión es utilizada para rechazar o no identificar, de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

Un grupo importante de personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad crónica presentan reacciones adecuadas y convenientes. Los pacientes que hacen estas reacciones favorables presentan una personalidad libre de dispositivos psicológicos infantiles, agresivos, autopunitivos, deformantes de la realidad, masoquistas e hipocondríacos. El conjunto de estas reacciones adecuadas se sistematizan en 3 grupos:

- **Las reacciones de superación de la enfermedad:** se caracterizan por una serena postura ante ella, caracterizado por un auténtico deseo de curar (o mantenerse compensado o presentar complicaciones, en el caso de las enfermedades crónicas) y un alto espíritu de colaboración en el tratamiento.

- **Las reacciones impregnadas de resignación:** ante el acontecimiento de enfermedad nace también un deseo de curar y una buena disposición a colaborar, pero el nivel de iniciativa y de actividad es menor que en el anterior.
- **Las reacciones de aprobación de la enfermedad:** existe una certeza y profunda visión de la apropiación de la enfermedad, impregnada de vivencia propia; “el saber de lo ineludible exige la aceptación del estar enfermo”. La apropiación de la enfermedad, por lo tanto, implica el replanteamiento del estilo de vida propia mantenido hasta entonces.

Aunque la persona acepte su enfermedad, no percibe la cronicidad del cuadro; al no distinguir que se trata de una patología permanente, no realiza los cambios en sus rutinas, conductas y modos de vivir que por años han practicado, cambios fundamentales para mantener un nivel de compensación. Se ha reconocido que en la mayoría de las personas que sí realizan los cambios necesarios, lo hacen de forma gradual y progresiva, descartando que estos sean inmediatos y permanentes.

c) **Duelo psicológico del Diabético**¹³.

En el paciente diabético se ha reconocido un proceso llamado *duelo psicológico*, que es esperable en las personas diagnosticadas con la patología durante la primera etapa de la enfermedad. Se caracteriza por los sentimientos que experimentan los individuos de sorpresa, miedo, rabia, rebeldía, temor a lo desconocido y tristeza por lo incierto de la nueva condición.

En la superación del duelo, en la aceptación de la nueva condición y en el logro de los cambios de estilos de vida necesarios, es imprescindible la familia, los amigos y la enfermera (o). Su misión es el apoyo cuando flaqueen las fuerzas, la escucha activa cuando exprese sus temores y aclaración de sus inquietudes.

1.4 MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE DOROTHEA OREM

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, graduándose en 1930.

Dentro de su trayectoria como teorista, no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría

¹³ <http://www.adich.org>

general de enfermería sobre el déficit del autocuidado¹⁴, compuesta de otras tres relacionadas entre sí:

a) Teoría del Autocuidado .

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos , orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado¹⁵, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- **Requisitos de Autocuidado Universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo:** que consiste en promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- **Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud:** que Incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas.
Esta teoría será la abordada para el presente estudio.

b) Teoría del Déficit de Autocuidado.

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de Enfermería.

c) Teoría de los Sistemas de Enfermería.

En la que se explican los modos en que las Enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de Enfermería Totalmente Compensadores:** La Enfermera suplente al individuo.

¹⁴ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>

¹⁵ <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/#Tres>

- **Sistemas de Enfermería Parcialmente Compensadores:** El personal de Enfermería proporciona cuidados.
- **Sistemas de Enfermería de Apoyo-Educación:** la Enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Por autocuidado, D. Orem entiende: las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. La Enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de Enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y / o suplencia de la enfermera hacia el paciente y son:

- Actuar en lugar de la persona.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal.
- Enseñar a la persona que se ayuda.

d) **Definiciones.**

Orem definió ciertos conceptos claves¹⁶:

a. Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado, sino fuese así serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

b. Salud: Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

c. Enfermería: Como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud. El objetivo de la disciplina es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de Enfermería.

¹⁶ http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm#Orem

d. Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

1.5 GESTION DEL CUIDADO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Enfermería en los últimos años se ha posicionado en la sociedad reivindicándose y demostrando la importancia que esta tiene. Los Servicios de Salud actualmente funcionan con un 70 % de actividades netamente de Enfermería, por lo cual tiene un fuerte impacto en la calidad de la atención entregada a las personas; “Los servicios profesionales de la Enfermera comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”¹⁷. Esta disciplina ha dado un vuelco, desde una perspectiva biomédica a una con un enfoque integrador, en donde la persona es el centro de la atención considerando su integralidad física, psíquica y social, es decir de forma holística.

En cuanto a la prestación de servicios de Enfermería a personas con enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus Tipo 2, se ha tomado la base teórica dada por el Modelo de Dorothea Orem, específicamente la Teoría del Autocuidado, lo que implica el examen de los factores presentes en las personas con este padecimiento. De esta forma, el análisis de los factores, tanto universales como específicos, permitirían conocer las orientaciones que posee la persona con Diabetes Mellitus Tipo 2 y la descompensación, pesquisando oportunamente cualquier déficit del Autocuidado, lo cual supondrá la base para el Proceso de Enfermería a realizar.

El fundamento del modelo de Enfermería de Dorothea Orem, organizado en torno a la meta de Enfermería, es el concepto de auto-cuidado, considerado como acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos. Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo maduro y son afectados por creencias culturales, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

En este modelo se hace hincapié en la función de la Enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La

¹⁷ Artículo 113 Código Sanitario

intervención de Enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con este.

La intervención de Enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un usuario. Se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza. La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye: la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas. La prevención terciaria acompaña al restablecimiento del equilibrio. El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad.

Según las funciones del rol, las actividades de Enfermería a realizar con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, son:

a) Investigación:

- Manejo de Medicina y Enfermería basada en evidencia.
- Habilidades en métodos de búsqueda.
- Análisis crítico de investigaciones.
- Habilidades en realización de revisiones bibliográficas.

b) Educación:

- Educación para adultos.
- Habilidades en elaboración de programas educativos, material educativo.
- Educar al paciente y familia sobre la patología y sus complicaciones.
- Educar al paciente y su familia sobre el tratamiento a seguir.
- Fomentar la participación del paciente y su familia en los cuidados que debe seguir para mantener compensada su enfermedad y las medidas que debe tomar para prevenir complicaciones.
- Diseño de material educativo para fomentar el autocuidado en la Diabetes Mellitus Tipo 2.

c) Gestión.

- Organización del sistema de salud.
- Gestión de recursos humanos y materiales.
- Asegurar cumplimiento de metas del Programa de Salud Cardiovascular asignadas por el Ministerio de Salud, a través de estrategias internas del consultorio.

- Motivar al equipo de salud para dar cumplimiento a las metas del Programa de Salud Cardiovascular.
- Evaluación del cumplimiento de metas.

d) Asistencial.

- Conocimientos sólidos respecto a la patología, tratamiento, rehabilitación.
- Aspectos psicosociales asociados a la enfermedad: impacto de la enfermedad crónica, adherencia.
- Cuidados de Enfermería en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria
- Realizar controles de salud a las personas diabéticas con el fin de valorar:
 - Estado de salud actual.
 - Pesquisa de complicaciones.
 - Forma que afecta la enfermedad en el ámbito personal, familiar y social.
 - Capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
 - Creencias y valores del paciente y su familia que podrían influir en su autocuidado.
- Los recursos personales que posee el paciente como capacidad de adaptación y de aprendizaje que ayuden a su autocuidado.
- Sistema de apoyo con que cuenta el paciente como familiares, amigos, grupos comunitarios o apoyo profesional.
- Realizar rescate de inasistentes.

2. OBJETIVOS GENERALES

1. Describir factores universales y específicos según Teoría de D. Orem presentes en las personas del estudio.
2. Identificar los factores universales y específicos más relevantes en las personas con descompensación, del estudio.
3. Comparar los factores universales y específicos más relevantes entre las personas compensadas y descompensadas del estudio.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1 Identificar factores universales presentes en personas del estudio:
 - 1.1.1 Edad.
 - 1.1.2 Sexo.
 - 1.1.3 Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2.
- 1.2 Identificar factores específicos del área sociocultural presentes de las personas del estudio:
 - 1.2.1 Escolaridad.
 - 1.2.2 Antecedentes de la Familia:
 - Tipo de familia.
 - Funcionalidad familiar.
 - Rol de la persona en la familia.
 - 1.2.3 Actividad laboral:
 - Situación laboral.
 - Horas de trabajo al día.
 - Procedencia de la alimentación.
 - 1.2.4 Redes de apoyo.
- 1.3 Identificar factores específicos del área biológica presentes de las personas del estudio:
 - 1.3.1 Nivel de Compensación.
 - 1.3.2 Años con Diabetes Mellitus Tipo 2.
 - 1.3.3 Años en control.
 - 1.3.4 Asistencia a control en el último año.

- 1.3.5 Tratamiento farmacológico:
 - Tipo de tratamiento.
 - Hipoglicemiantes orales diarios
 - Cantidad de medicamentos diarios.
- 1.4 Identificar factores específicos del área psicológica presentes de las personas del estudio:
 - 1.4.1 Percepción del estado de salud.
- 1.5 Describir la funcionalidad en las personas de 65 y más años del estudio.

- 2.1 Señalar factores universales en las personas con descompensación.
 - 2.1.1 Edad.
 - 2.1.2 Sexo.
 - 2.1.3 Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2.
- 2.2 Identificar factores específicos más relevantes del área sociocultural presentes en las personas del estudio con descompensación:
 - 2.2.1 Escolaridad.
 - 2.2.2 Antecedentes de la Familia:
 - Tipo de familia.
 - Funcionalidad familiar.
 - Rol de la persona en la familia.
 - 2.2.3 Actividad laboral:
 - Situación laboral.
 - Horas de trabajo al día.
 - Procedencia de la alimentación.
 - 2.2.4 Redes de apoyo.
- 2.3 Identificar factores específicos más relevantes del área biológica presentes en las personas del estudio con descompensación:
 - 2.3.1 Nivel de Compensación.
 - 2.3.2 Años con Diabetes Mellitus Tipo 2.
 - 2.3.3 Años en control.
 - 2.3.4 Asistencia a control en el último año.
 - 2.3.5 Tratamiento farmacológico.
 - Tipo de tratamiento.
 - Hipoglicemiantes Orales diarios
 - Cantidad de medicamentos diarios.
- 2.4 Identificar factores específicos más relevantes del área psicológica presentes en las personas del estudio con descompensación:
 - 2.4.1 Percepción del estado de salud.

3.1 Comparar factores universales más relevantes entre personas compensadas y descompensadas del estudio:

3.1 Edad.

3.2 Sexo.

3.2 Comparar factores específicos más relevantes entre las personas compensadas y descompensadas del estudio:

3.2.1 Área sociocultural:

- Tipo de familia.
- Redes de apoyo.

3.2.2 Área biológica:

- Años con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Tratamiento farmacológico: Hipoglicemiantes Orales Diarios.

4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

a) **Factores Universales:**

- **Edad:** Años de vida que tiene la persona al momento del estudio.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		20-44 años	
		45-64 años	
		65 años y más	

- **Sexo:** Características sexuales primarias y secundarias de las personas del estudio

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		Femenino	
		Masculino	

- **Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2:** Se refiere a la presencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 en familiares directos (padre, madre y/o hermanos) vivos o fallecidos de la persona del estudio

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		Sí	
		No	
		Desconoce	

b) Factores Específicos:• **Área Sociocultural:**

- **Escolaridad:** Nivel educacional, en años de estudio, que posee la persona del estudio en establecimientos educacionales.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		Educación Básica Educación Media Educación Superior Sin estudios Sin información	

- **Antecedentes familiares:** Se refiere a grupo de personas o persona sola, con o sin vínculos de parentesco que hacen vida en común, se alojan y se alimentan juntas.

Dimensión	Subdimensión	Indicación	Subindicadores
Tipo de Familia		Nuclear Extendida Unipersonal Institucionalizados	
Funcionalidad familiar (APGAR familiar)		Normofuncional Medianamente disfuncional Disfuncional	
Rol de la persona en la familia		Instrumental Expresivo Ambos	

- **Actividad Laboral:** Características actuales de la actividad de trabajo desempeñada por la persona del estudio, y de la alimentación durante las horas de trabajo.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
Situación laboral		Activo Pasivo (jubilado) Sin trabajo (cesante) Labores de casa	
Horas de trabajo al día		1 a 4 horas 5 a 8 horas 9 a 12 horas	
Procedencia de la alimentación		Del hogar Del trabajo Otra	

- **Redes de apoyo:** Se refiere a los individuos y/o grupos que brindan apoyo emocional a la persona del estudio y que ésta reconoce como tal.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		Familia Grupo de pares Organizaciones comunitarias Asociaciones de autoayuda Ayuda profesional Sin ayuda	

- **Área Biológica:**

- **Nivel de Compensación:** Corresponde al resultado de la última HbA1c o glicemia en ayunas de la persona del estudio.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
Valor Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)		Compensado Descompensado	

Valor Glicemia en ayuna		Compensado Descompensado	
-------------------------	--	-----------------------------	--

- **Años con Diabetes Mellitus Tipo 2:** Se refiere al periodo de tiempo acumulado desde el diagnóstico hasta la actualidad de las personas del estudio.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		1-2 años 3-4 años 5-6 años 7-8 años 9-10 años 11 años y más	

- **Años en Control:** Se refiere al tiempo superior a un año en que las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 se realizan controles en Centro de Atención Primaria.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		1-2 años 3-4 años 5-6 años 7-8 años 9-10 años 11 años y más	

- **Asistencia a control en el último año:** Se refiere al número de veces que la persona del estudio asistió a controles por su Diabetes Mellitus tipo 2 en el último año.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		4 3 2 1	

- **Tratamiento farmacológico:** Se refiere a las características que posee el esquema terapéutico medicamentoso que sigue la persona del estudio.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
Tipo de tratamiento		Hipoglicemiantes Orales Insulinoterapia Ambas Ninguna	

Hipoglicemiantes Orales diarios		1 vez 2 veces 3 veces 4 veces	
Cantidad de medicamentos diarios		0 1 2 3 4 5 y más	

- **Área Psicológica:**

- **Percepción del estado de salud:** Se refiere al autopercepción que manifiesta la persona en relación a su estado de salud en el momento de la aplicación del instrumento.

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
Autopercepción del estado de salud		Muy bien Bien Regular Mal Muy mal	

- **Funcionalidad en personas de 65 y más años:** Corresponde a la clasificación realizada por EFAM (Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor) a las personas de 65 y más años (Adultos Mayores).

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Subindicadores
		Autovalente Autovalente con riesgo Dependiente No evaluado	

CAPITULO III:
M E T O D O L O G I A

1. ORGANIZACION DEL TRABAJO EN GRUPO

El grupo de Seminario Tesis se constituyó en el mes de Octubre del año 2004, por 7 alumnas de III año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, con la motivación de las diferentes experiencias vividas a través de los prácticos profesionales, se decidió investigar los factores presentes en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y la existencia de descompensación.

Con este fin se recolectó información que sustentara el tema, siendo solicitado a través de una carta dirigida al jefe de cátedra de Seminario Tesis Srta. Nidia Núñez en Diciembre del año 2004, con aprobación a mediados del mes de Marzo del año 2005.

Durante el desarrollo de este Seminario Tesis se contó con la asesoría de la docente guía Sra. Viviana Guerra, académica del Departamento de Enfermería Comunitaria de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, con quien se realizaron las reuniones formales los días viernes de 14:30 a 16:00 hrs., con periodicidad según requerimientos. Así mismo se realizaron sesiones extra - programáticas sin asesoría de la docente guía, según necesidad de la investigación y disponibilidad de las seminaristas.

Para la realización y organización del trabajo, en forma coordinada se eligió una directiva compuesta por los cargos de: presidente, secretaria, tesorera y relaciones públicas, siendo estos de carácter rotativo.

2. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este estudio corresponde a una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa, de corte transversal, que permitió realizar un análisis sobre los factores en estudio.

Se utilizó como marco de referencia el Modelo de Cuidados de Enfermería de Dorothea Orem, extrayendo de este los factores derivados de la desviación del estado de salud.

3. POBLACION DEL ESTUDIO, DEFINICION DEL UNIVERSO

Para determinar el universo del estudio, se recolectó información sobre las personas diabéticas tipo 2, insertas en el Programa de Salud Cardiovascular hasta Diciembre del

año 2004 (según datos estadísticos del consultorio), en el Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

Según estos datos, se definió el universo como “todas las personas diabéticas tipo 2 de 20 y más años, inscritas en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado con más de un año de antigüedad en el control”, constituyendo un universo total de 743 personas.

4. DEFINICION DE LA MUESTRA.

Se determinó el total de personas del estudio con el Programa EPINFO versión 6, Noviembre año 1993, con un nivel de confianza del 99%, el cual arrojó la cifra de 140 personas.

Posteriormente, se construyó la lista del universo total de Diabéticos tipo 2 de 20 y más años, insertas en el Programa de Salud Cardiovascular hasta Diciembre del año 2004, los días Viernes 24 de Marzo y Sábado 1 de Abril. Esta información fue extraída posterior al censo del mes, lo que aseguró la presencia de la totalidad de las cartolas.

Con la lista total, utilizando muestreo al azar simple con selección sistemática de las personas del estudio, se construyó la muestra con la siguiente formula:

$$k = N/n$$

De la cual N es 743 y n 140, por lo tanto k es igual a 743/140 dando por resultado k igual a 5.

Por lo tanto la muestra se eligió 1 de cada 5 personas. Así se obtienen dos listas, la primera corresponde a la muestra de las primeras 140 personas (elegidas según el método descrito) y la segunda a la lista de reemplazo, también conformada por 140 personas.

5. CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyen del estudio todas aquellas personas que:

- Estén fallecidas.
- No posean exámenes realizados.
- Cuyo domicilio se ubique fuera del área circunscrita al consultorio.

- Con dirección incompleta u errónea.
- No pueden contestar por sí mismas las preguntas del instrumento.
- Su domicilio se ubique en lugares que pongan en peligro la seguridad de las encuestadoras.

6. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se determinó la elaboración y utilización de un instrumento del tipo cuestionario, elaborado y previamente sometido a una prueba de confiabilidad. Además se utilizó un segundo instrumento, Ficha de Análisis Documental, que contiene información de las atenciones de salud recibidas por la persona del estudio en el Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado.

El instrumento cuestionario fue aplicado mediante entrevistas en los domicilios de las personas seleccionadas, efectuándose en un ambiente que favoreció la privacidad, de carácter anónimo y tras previo consentimiento informado. Posterior a su aplicación se recopiló la información de las Fichas de Análisis Documental del Centro de Atención Primaria.

Las razones que llevaron a la elección de este método y técnica de recolección de datos fueron:

- La entrevista es eficaz para obtener datos relevantes y personales como son: el APGAR familiar, datos referidos a características laborales, redes de apoyo percibidas, percepción del estado de salud.
- El cuestionario, a través de entrevista, asegura la obtención de información deseada y no otra.
- Hace que la recolección de datos sea de una forma más personalizada.

a) Descripción Del Instrumento.

El cuestionario está conformado por preguntas cerradas y de alternativas excluyentes, lo cual permite la precisión de la información y facilita la tabulación de los datos.

El instrumento consta de 22 preguntas, clasificadas en 5 ítems, que pretenden recopilar información de las siguientes áreas:

- Ítem 1 Factores Universales: 3 Preguntas.
- Ítem 2 Factor Específico, Area Socioculturall: 10 Preguntas.
- Ítem 3 Factor Específico, Área Biológica : 7 Preguntas.

- Ítem 4 Factor Específico, Área Psicológica: 1 Pregunta.
- Ítem 5 Funcionalidad en personas de 65 y más años: 1 Pregunta.

La información se recopiló a través de dos fuentes: directa del encuestado y ficha de análisis documental correspondiente a éste. Aquellas obtenidas de esta última son: número de ficha, valores de hemoglobina, valores de glicemia, asistencia a control en el último año, años en control y funcionalidad de personas de 65 y más años.

b) Confiabilidad Del Instrumento.

Para determinar la confiabilidad del cuestionario “Factores Presentes En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Y Existencia De Descompensación”, se aplicó un instrumento piloto en el Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado, a un total de 14 personas, de 20 y más años de edad asistentes a control por Diabetes Mellitus tipo 2. Posteriormente se revisaron sus fichas con el fin de recolectar la información restante.

7. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

Para la aplicación del instrumento en las personas del estudio, se solicitó la autorización del Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado, mediante una carta de la Dirección de la Escuela de Enfermería y Obstetricia.

Para la recolección de los datos, se distribuyeron dentro del grupo de tesistas 22 cuestionarios (a cada integrante) e igual número de consentimientos informados. Además, se acordó asistir a los domicilios de las personas del estudio con delantal blanco y piocha de identificación.

Las tesistas se dividieron en tres subgrupos con el fin de abarcar todos los sectores atendidos por el Centro de Atención Primaria, los cuales son:

- Sector Forestal.
- Sector Chorrillos.
- Sector Plan.

La aplicación de los instrumentos se efectuó entre los días 5 de Abril y 5 de Mayo del año 2006, utilizando las tardes de los días viernes y fines de semana para dicho efecto.

La recolección de los datos desde las fichas de análisis documental, se efectuaron en dos visitas al Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado los días viernes 12 y 19 de Mayo del año 2006, concluyendo así el trabajo en terreno.

8. CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANALISIS Y TABULACION DE DATOS

Tras la aplicación del instrumento, los datos obtenidos de las 14 variables se traspasaron a una base de datos en plantilla Excel (Excel, Microsoft XP Professional), la cual contiene la información de la totalidad de las personas del estudio (140 personas con Diabetes Mellitus Tipo 2).

Se construyeron tablas y gráficos utilizando el programa señalado anteriormente, trabajándose con promedio, frecuencia y porcentaje.

Para facilitar la tabulación y análisis de los datos se realizaron las siguientes modificaciones:

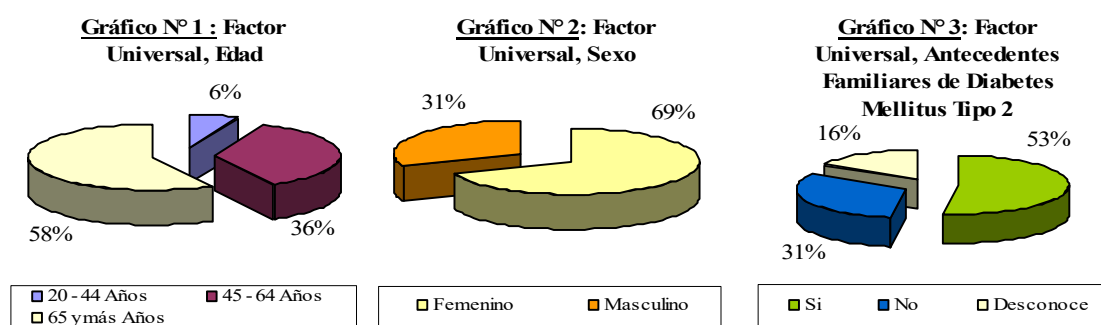
- **Edad:** Los rangos de edad utilizados para el análisis corresponden, según la teoría de Erikson, a las siguientes etapas de vida:
 - ✓ 20 – 40 años: Adulto joven.
 - ✓ 45 – 64 años: Adulto medio.
 - ✓ 65 años y más: Adulto mayor.
- **Escolaridad:** Para la realización de gráficos y análisis se agrupa esta variable de la siguiente manera:
 - ✓ Sin información.
 - ✓ Sin estudios.
 - ✓ Educación básica.
 - ✓ Educación media.
 - ✓ Educación superior.
- **Situación laboral:** En el análisis de este factor específico, se entiende como:
 - ✓ Activo: persona que tiene trabajo remunerado, sea éste esporádico o permanente.
 - ✓ Pasivo: personas que luego de una vida laboral reciben jubilación.
 - ✓ Sin trabajo: cesantes.
 - ✓ Labores de casa: persona que realiza los quehaceres del hogar y que no recibe ni remuneración ni jubilación.
- **Redes de apoyo:** Al referirse a “dos grupos o más” en los gráficos y análisis, se considera que la persona del estudio marcó como opción dos o más de las siguientes alternativas: organizaciones comunitarias, asociaciones de autoayuda o ayuda profesional.

CAPITULO IV:

R E S U L T A D O S

1. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

a) Factores Universales.



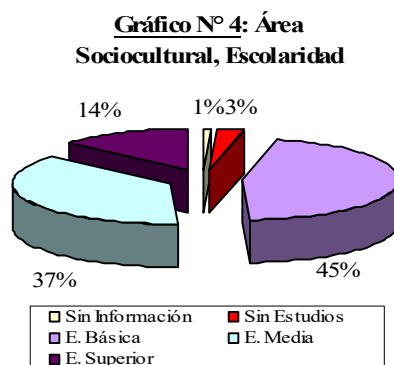
Análisis: La muestra se conforma de 140 personas de 20 y más años, diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2 hace más de un año, ingresadas al Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado, perteneciente al SSVQ; cifra que corresponde al 18,8% del universo total de personas bajo control (743 personas).

La edad promedio de las personas del estudio es de 66,1 años, siendo la menor edad 23 años y la mayor 93 años. El grupo de edad que prevalece es el Adulto Mayor (personas de 65 y más años de edad), correspondiendo al 58% (gráfico N° 1); lo que se ajusta a que, teóricamente, la Diabetes Tipo 2 es una patología que se presenta habitualmente después de los 40 años, lo que es reforzado con los estudios de prevalencia nacional que indican que esta aumenta de forma significativa en relación a la edad, alcanzando un 10 – 15% en la población mayor de 65 años.

De la muestra total, el 69% (96 personas) corresponde a mujeres y el 31% (44 personas) a hombres (gráfico N° 2), lo que equivale a la realidad de la población atendida en dicho consultorio, donde el mayor porcentaje de población inscrita es de sexo femenino.

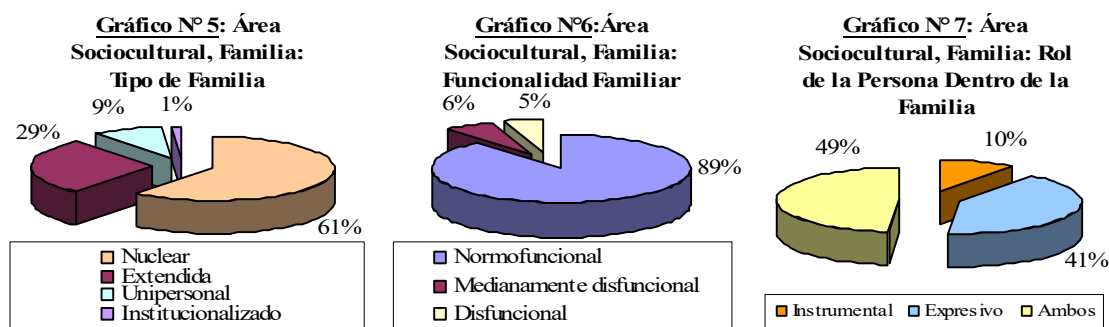
En el gráfico N° 3 se observa que el 53% de las personas del estudio poseen antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2 lo que se relaciona con una de sus causas desencadenantes, la predisposición genética.

b) **Factores Específicos:**



Análisis: En el gráfico N° 4, se puede observar que la escolaridad que predomina en las personas del estudio, corresponde a la Educación Básica, con un 45%; en comparación con la realidad nacional, esta cifra se encuentra bajo el rango, ya que el promedio de años de instrucción es 9,2 años, es decir primer año medio¹⁸. Se tiene que el 51% de las personas del estudio poseen una escolaridad Media y/o Superior, nivel de instrucción que facilita, en teoría, a quien lo posea la comprensión de instrucciones, el seguimiento de indicaciones, etc.

¹⁸ Fuente INE



Análisis: En el gráfico N° 5, el tipo de familia que se destaca con un 61% corresponde a la familia nuclear, lo que es similar a la realidad nacional (69,4% según Censo 2002), seguida por las de tipo extendida con un 29%.

En el siguiente gráfico (N° 6), se desprende que del total de las personas del estudio, un 89% percibe a su familia como normofuncional (puntaje APGAR entre 7 – 10 puntos) lo que, según teoría, correspondería a un factor protector.

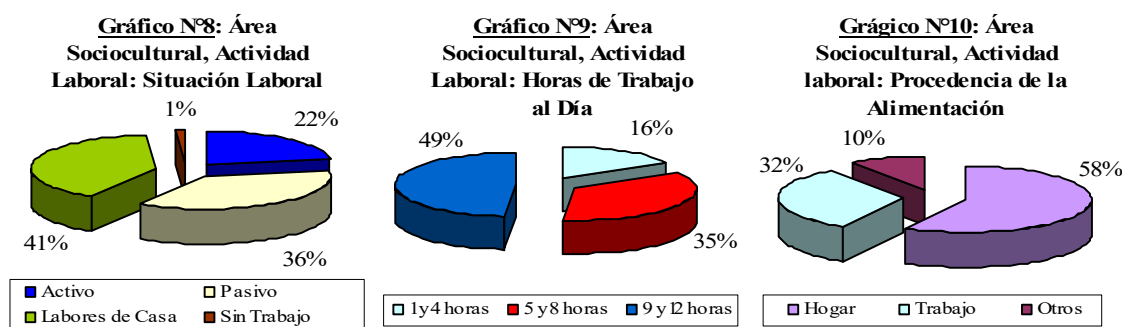
De este mismo total un 49% ejercen ambos roles (expresivo e instrumental), dentro de su grupo familiar y un 41%, sólo rol expresivo (gráfico N° 7).

Las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 perciben su enfermedad como un agente negativo para la estabilidad de su familia, por lo que es de suma importancia el apoyo que esta entregue al individuo que se encuentra enfermo.

Al poseer una familia de tipo nuclear o extendida, que a su vez sea normofuncional, actúa como un factor protector para la persona enferma, ya que le permite sentirse motivada y con deseos de vivir, lo que la lleva a mantener un mejor control de su enfermedad.

En el sexo femenino predomina el rol expresivo (59%), rol ancestralmente adjudicado a la mujer; en cambio el 23% de las personas del estudio de sexo masculino ejecutan sólo el rol instrumental – rol socioculturalmente asociado a los hombres a quienes se les identifica como “el proveedor” de la familia –, sin embargo el 75% de ellos poseen ambos roles. Por los estilos de vida actual, tanto hombres como mujeres deben trabajar fuera del hogar y por lo mismo compartir los roles y las responsabilidades del núcleo familiar (ver anexos, gráfico N° 45).

Según edad se tiene que los adultos medios del estudio ejercen preferentemente el rol expresivo, en tanto adultos jóvenes (56%) y mayores (59%) cultivan ambos roles (ver anexos, gráfico N° 46).



Análisis: En el gráfico N° 8, se aprecia que un 22 % de las personas del estudio tienen una situación laboral activa y un 36 % una situación laboral pasiva. Se desprende que de las personas del estudio, un 41% se dedica a las labores de casa y un 1 % señala encontrarse sin trabajo.

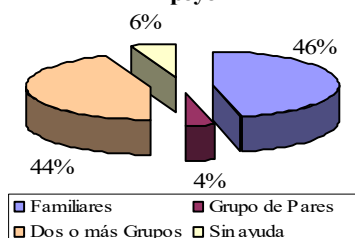
En el gráfico N° 9, se observa que de las 31 personas del estudio con situación laboral activa (equivalente a un 22 %), el 49 % presenta una jornada laboral de 9 a 12 horas al día, un 35 % trabaja entre 5 a 8 horas al día y un 16 % trabaja entre 1 y 4 horas al día.

En el gráfico N° 10 se desprende que de aquellas personas del estudio que se encuentran en una situación laboral activa, el 58 % trae la alimentación desde su hogar, en cambio un 32 % de estas personas poseen una alimentación proveniente del mismo lugar de trabajo. Sólo un 10 % de las personas con situación laboral activa compra su alimento.

La variable “Actividad Laboral” toma mayor peso en el tratamiento de las personas que padecen la enfermedad, puesto a que gran parte del día están abocadas a sus labores, horas en las cuales se lleva a cabo la alimentación de éstas.

Es por ello que este factor influye en como las personas diabéticas responden ante la enfermedad, por los cambios que ello suscita, como por ejemplo los cambios de horario para la alimentación, tipos de alimentos a consumir, interferencia de la actividad laboral o estudiantil para el cumplimiento del tratamiento o viceversa, tipos de puestos de trabajo, limitaciones en la realización de esfuerzo físico, etc.

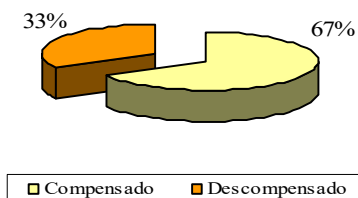
Gráfico N°11: Área Sociocultural, Redes de Apoyo



Análisis: En el gráfico N° 11, se observa que el 46% de las personas del estudio recurren a su familia cuando presentan algún problema y un 44% cuenta con dos o más grupos de redes de apoyo, dentro de los cuales también se encuentra la familia.

Todo esto indica que la familia es la fuente primordial de red de apoyo que tienen las personas del estudio, lo que tiene vital importancia, ya que el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y es el que más influencia ejerce sobre él (siendo esta positiva o negativa).

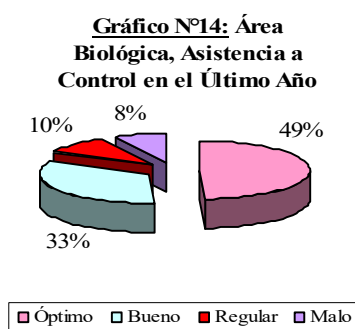
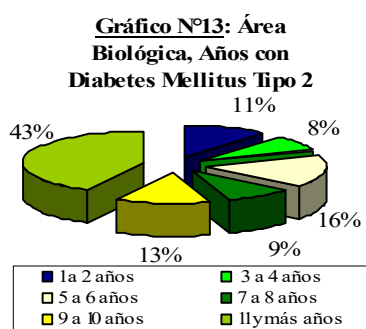
Gráfico N°12: Área Biológica, Nivel de Compensación



Análisis: En el gráfico N° 12, se observa que el 67% de las personas del estudio se encuentran compensadas (presentan glicemias menores de 126 mg/dl o HbA1c con valores menores de 8). Sólo el 33% de las personas del estudio se encuentran descompensadas (teniendo aumentado sus valores de glicemias y HbA1c con respecto a valores antes mencionados).

Según datos del Consultorio Dr. Marcos Maldonado, de la población total de diabéticos que ahí se atienden, un bajo porcentaje se encuentra descompensado (ya sea por valor de glicemia 21,5%, o por valor de HbA1c 22%), contrastando con el nivel de descompensación de las personas del estudio.

Además las cifras se encuentran dentro del valor aceptado por el MINSAL, el cual solicita un porcentaje de compensados del 40%.



Análisis: En el gráfico N° 13 se observa que un 43% de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 poseen 11 y más años con la enfermedad, le siguen aquellas que llevan entre 5 y 6 años con un 16%. Resalta que de las personas estudiadas todas poseen un elevado porcentaje de inicio de sus controles desde el momento del diagnóstico (ver anexo, gráfico N° 47).

En el gráfico N° 14 se observa que el 49% de las personas del estudio presenta una asistencia óptima a controles y un 33% de ellas una asistencia buena. Por lo que se puede decir que el 82% de la muestra tiene entre una asistencia óptima y buena.

Según lo que se presenta en marco teórico las personas presentarían pasados los 10 años de evolución de la enfermedad, las primeras complicaciones a largo plazo (macrovasculares y microvasculares). Muy importante es que estas personas tengan una regularidad en la asistencia a controles ya que a través de estos la Enfermera puede realizar intervenciones enfocadas a la prevención, pesquisa precoz o tratamiento de dichas complicaciones.

Gráfico N°15: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Tipo de Tratamiento

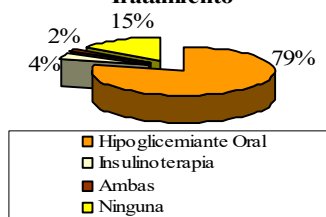


Gráfico N°16: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Hipoglicemiantes Orales Diarios

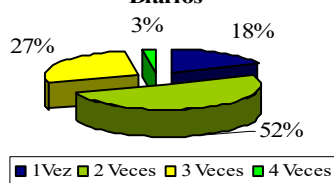
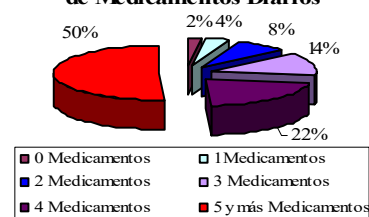


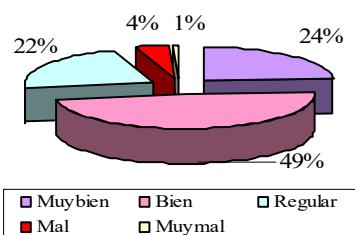
Gráfico N°17: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Cantidad de Medicamentos Diarios



Análisis: De los gráficos presentados se observa que el mayor porcentaje de las personas del estudio (79%) se encuentran con tratamiento farmacológico del tipo Hipoglicemiantes Orales (gráfico N° 15), los cuales son consumidos mayoritariamente (52%) dos veces al día. Si a este tipo de tratamiento oral de Hipoglicemiantes le sumamos otro tipo de fármacos consumidos durante el día, se puede apreciar que un 50% de las personas del estudio consumen 5 y más medicamentos diarios (gráfico N° 17).

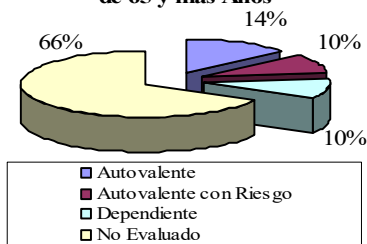
Los datos obtenidos se correlacionan con la teoría, ya que la mayor parte de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, no logran compensar la patología sólo con una alimentación equilibrada y ejercicios debiendo pasar a la segunda etapa de intervención farmacológica, considerando además que el mayor porcentaje de esta muestra tiene 11 y más años con la patología (43%). En esta etapa, el Hipoglicemiante más usado en nuestro país es la sulfonilurea (Glibenclamida), la cual se administra generalmente 2 veces al día en personas con un peso normal; al mismo tiempo las personas con sobrepeso u obesidad se les indica Metformina la cual también esta indicada 2 veces al día. Con respecto al porcentaje de personas del estudio que consumen 5 o más medicamentos – lo cual se considerado polifarmacia –, este se relaciona directamente con la edad de promedio de la muestra, mayoritariamente adultos mayores, los cuales generalmente presentan enfermedades concomitantes, por ejemplo Hipertensión Arterial, debiendo consumir un mayor número de medicamentos.

Gráfico N°18: Área Psicológica, Percepción del Estado de Salud



Análisis: En el gráfico N° 18 se desprende que un 49% del total de las personas del estudio perciben su estado de salud como bueno, le siguen un 24% que perciben su estado de salud como muy bueno. Lo que en suma, significa que más de la mitad de las personas del estudio (73%) se perciben con un estado de salud óptimo. Este fenómeno ocurre debido a que la Diabetes Mellitus es una enfermedad silenciosa, que en múltiples ocasiones no genera síntomas graves o invalidantes en las personas, por lo que a veces ni siquiera es considerada una enfermedad por las personas que la padecen. Además, se debe considerar la reacción que las personas tienen frente a una enfermedad crónica, ya que este alto porcentaje de personas que se percibían bien, podrían estar en etapa de huida o negación, donde intentan ocultar la enfermedad, insistiendo en que se está bien de salud.

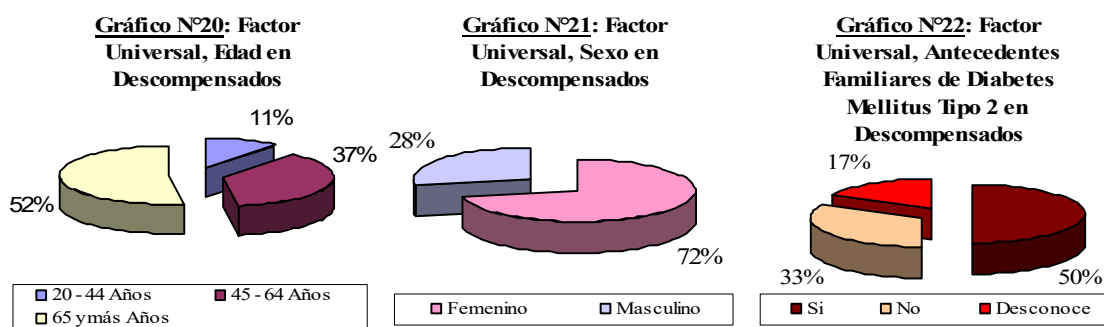
Gráfico N°19: Funcionalidad en Personas de 65 y más Años



Análisis: En el gráfico N° 19 se puede observar que de las 81 personas Adultas Mayores de la muestra un 66% no se encuentran evaluados por EFAM, por consiguiente se considera un factor de riesgo. De las personas evaluadas (27 de 81 personas) un 14% se encuentran en el rango de autovalentes.

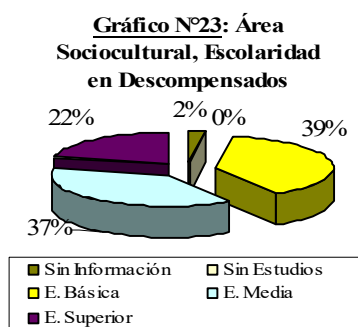
2. ANTECEDENTES DE LAS PERSONAS DESCOMPENSADAS

a) Factores Universales.



Análisis: Se observa que del total de la muestra, 46 personas se encuentran descompensadas, correspondiendo al 33%. Este grupo (descompensados) tiene como un promedio de edad de 64, 6 años, donde el 52% corresponden a Adultos Mayores (gráfico N° 20), siendo la menor edad 34 años y la mayor 89. Por lo que se puede decir que se está frente a un grupo envejecido.

Del total de descompensados, el 72% es de sexo femenino (gráfico N° 21) y la mitad de ellos (50%) presenta antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2 (gráfico N° 22); lo que es coincidente con la muestra total.

b) Factores Específicos.

Análisis: En el gráfico N° 23, se observa que el 39% de las personas del estudio que se encuentran descompensadas, poseen Educación Básica. Además, se destaca que el 59% de estas personas presentan Educación Media y/o Superior, nivel de escolaridad que se considera bueno.

Gráfico N°24: Área Sociocultural, Familia: Tipo de Familia en Descompensados

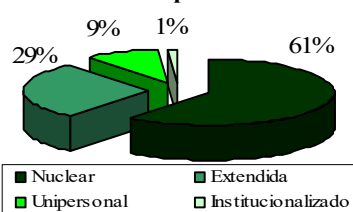


Gráfico N°25: Área Sociocultural, Familia: Funcionalidad Familiar Descompensados

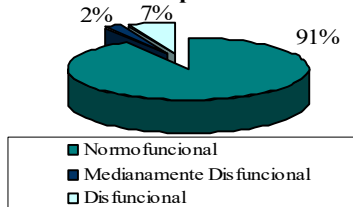
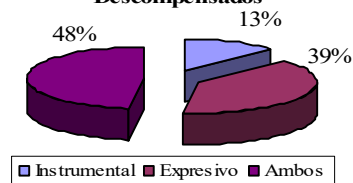


Gráfico N°26: Área Sociocultural, Familia: Rol de la Persona en la Familia en Descompensados



Análisis: En el gráfico N° 24, se destaca que un 61% de las personas descompensadas presentan una familia de tipo nuclear, seguidas por las de tipo extendida con un 29%.

Con respecto a la funcionalidad familiar (gráfico N° 25), de este mismo grupo de personas, un 91% percibe a su familia como normofuncional (puntaje APGAR entre 7 – 10 puntos).

De las personas descompensadas del estudio, un 48% cumple ambos roles (expresivo e instrumental) y un 39%, solamente rol expresivo (gráfico N° 26).

El mayor porcentaje de descompensados presentan familias nucleares o extendidas, normofuncionales, lo que actúa como factor protector para estas personas, sin embargo, para lograr lo anterior se debe mantener a la familia informada, entregándole los conocimientos y herramientas adecuadas, de manera que esta no se transforme en un obstáculo para que el enfermo mantenga un buen nivel de compensación.

De descuidar todos los aspectos que involucra el cuidado de una persona con Diabetes Mellitus, la familia podría terminar utilizando recursos y esfuerzos extras, quedando finalmente agotados.

Gráfico N°27: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Situación Laboral en Descompensados

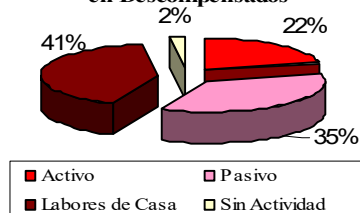


Gráfico N°28: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Horas de Trabajo al Día en Descompensados

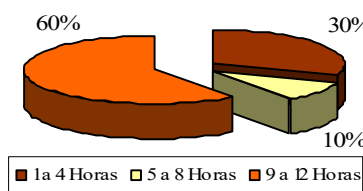
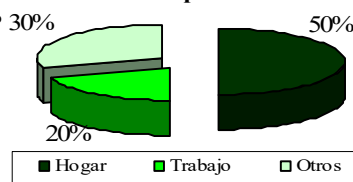


Gráfico N°29: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Procedencia de la Alimentación en Descompensados

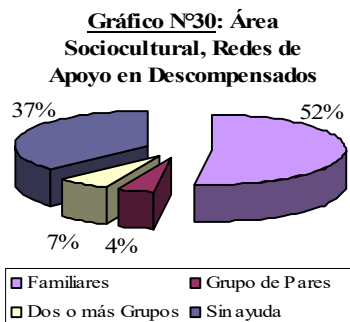


Análisis: En el gráfico N° 27, se aprecia que el 41% de los descompensados se dedican a las labores de casa, lo que se relaciona con el alto porcentaje de mujeres del grupo (72%); un 35% de los descompensados tienen una actividad laboral pasiva, un 22% ejercen una actividad laboral activa y sólo un 2% de los descompensados no posee actividad.

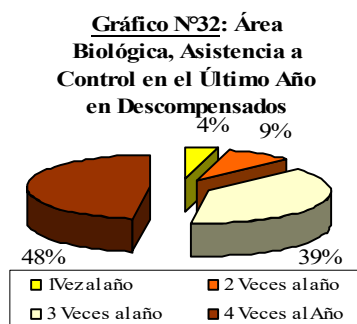
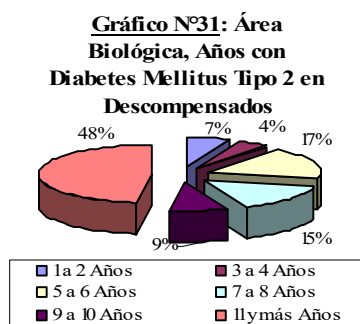
En el gráfico N° 28, se observa que el 60% de las personas con situación laboral activa y que se encuentran descompensados (10 personas) trabajan entre 9 y 12 horas al día, en cambio un 30% lo hacen entre 1 a 4 horas al día. Sólo un 10% de las personas descompensadas con situación laboral activa trabajan entre 5 a 8 horas al día.

En el gráfico N° 29, se desprende que el 50% de las personas descompensadas traen sus alimentos desde el hogar, un 30% compra los alimentos preparados y un 20% los obtiene en su trabajo.

Los factores psico - sociales influyen en las respuestas de las personas ante la enfermedad. La actividad laboral, participa activamente de la aceptación y la compensación de la Diabetes Mellitus Tipo 2, por lo que afectan las acciones que se realizan para el autocuidado como lo confirma un estudio cubano. El desempeño laboral atenta contra el logro de los requerimientos alimentarios. También cabe destacar que las horas de trabajo durante el día influyen en el plan de alimentación y en el tratamiento farmacológico, además de que la misma carga y presión laboral favorecen en mal control metabólico.

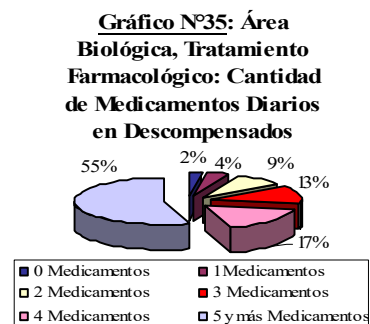
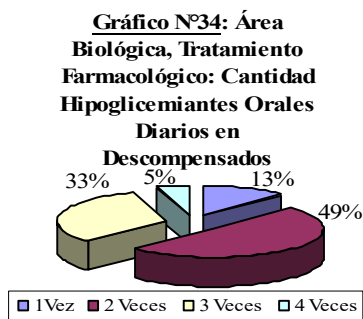
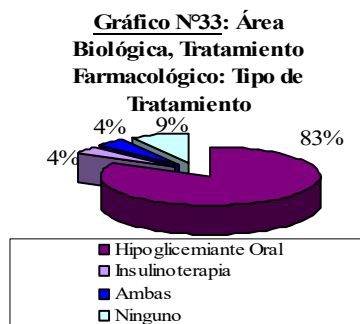


Análisis: En el gráfico N° 30, se observa que el 52% de las personas del estudio que se encuentran descompensadas, su principal red de apoyo es la familia, teniendo en consideración que el 91% de las familias de los descompensados son normofuncionales. Y el 37% de estas personas, no poseen ayuda. El porcentaje que reconoce redes de apoyo es inferior a la muestra total.

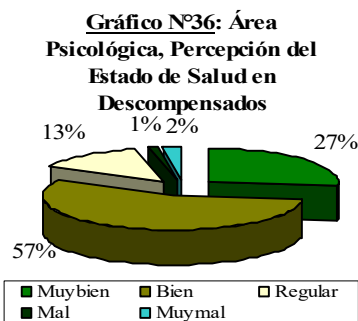


Análisis: En el gráfico N° 31 se observa que el 48% de las personas descompensadas llevan 11 y más años con la enfermedad, lo que se asocia ya a la aparición de complicaciones. Se infiere que los años que las personas del estudio llevan con Diabetes Mellitus Tipo 2 no influyen en el nivel de descompensación.

El gráfico N° 32 señala que el 48% de las personas descompensadas asisten a controles 4 veces al año, cantidad de controles indicados en el Programa de Salud Cardiovascular como obligatorios, por lo que se considera una asistencia óptima. También se desprende que el menor porcentaje de descompensados (4%) se encuentra en aquellas personas que asisten con menor regularidad a control. Como se observa, la regularidad en la asistencia a controles no se relaciona con un mayor nivel de compensación.

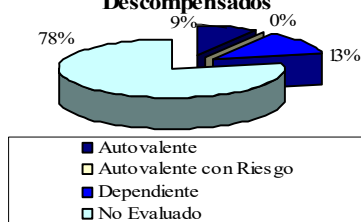


Análisis: De los gráficos presentados, que corresponden a los N° 33, 34 y 35, se observa que el mayor porcentaje de las personas del estudio descompensadas, se encuentran con tratamiento farmacológico del tipo Hipoglicemiantes Orales (83%), los cuales son consumidos mayoritariamente (50%) dos veces al día. Si a este tipo de tratamiento oral de Hipoglicemiantes sumamos otro tipo de fármacos consumidos durante el día podemos apreciar que un 55% de las personas del estudio descompensadas, consumen 5 y más medicamentos diarios (polifarmacia).



Análisis: En el gráfico N° 36 se observa que del total de personas descompensadas, la mayoría de ellas, 84% percibían su estado de salud entre los rangos de bueno – muy bueno, pudiendo asociarse dicha percepción a lo silenciosa que resulta la enfermedad y a la etapa que esté cursando la persona frente a ella, ya que podría estar en etapa de negación, donde la persona insiste que se encuentran bien. Lo que puede repercutir en que no tomen las medidas de autocuidado que les permitan mantenerse dentro de los rangos de compensación.

Gráfico N°37:
Funcionalidad Personas de
65 y más Años en
Descompensados

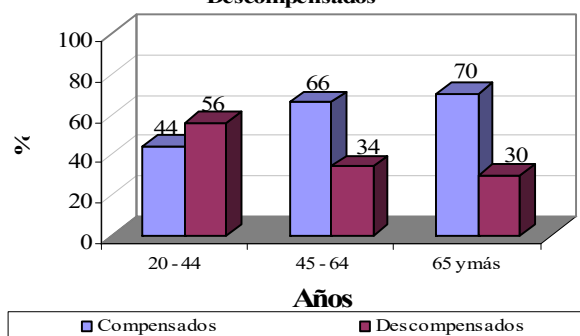


Análisis: En el gráfico N° 37, se observa que del total de personas Adultas Mayores descompensadas (23 personas), un 78% no poseen evaluación EFAM, por lo que no es posible saber el grado de autovalencia de estas personas. De las personas evaluadas (5 de 23) un 13% son dependientes, le sigue un 9% de personas autovalentes.

3. COMPENSADOS V/S DESCOMPENSADOS POR CATEGORIA

a) Factores Universales:

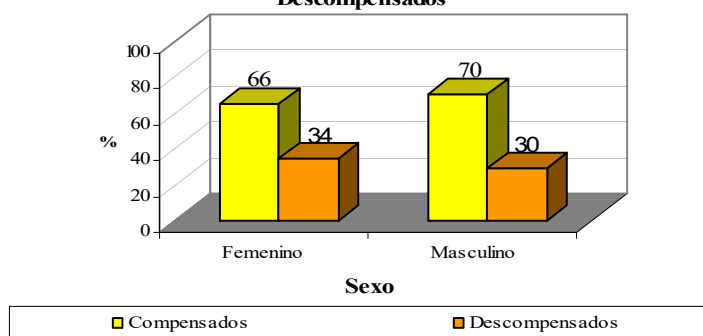
Gráfico N°38: Factor universal, Edad Compensados v/s Descompensados



Análisis: En el gráfico N° 38 se observa que el grupo etáreo con mayor porcentaje de descompensados, es el Adulto Joven con el 56%, siendo el único grupo etáreo donde la cantidad de personas descompensadas supera al de compensados. En el rango de 45 a 64 años (Adultos Medios), los individuos con descompensación alcanzan el 34%, casi la mitad de los compensados de la misma edad. Dentro del grupo de 65 y más años (Adultos Mayores), sólo el 30% se encuentran descompensados, siendo el menor porcentaje por grupo de edad.

En el grupo Adulto Joven y Adulto Medio se supera el porcentaje total de descompensados de la muestra (32,9%), pero son los primeros quienes superan con creces esta cifra. Este fenómeno se puede justificar si se asocia con las características de la etapa de vida de estas personas, ya que para los Adultos Jóvenes es prioritaria la realización personal, la obtención de una carrera, la formación de un núcleo familiar propio, etc., sumado al sentimiento de “invencibilidad” (Erikson), que los hace incrédulos a padecer este tipo de enfermedad. Además, de la actitud curativa que aún permanece en la población que genera, la postergación de la salud y sus cuidados.

Gráfico N°39: Factor universal, Sexo Compensados v/s Descompensados

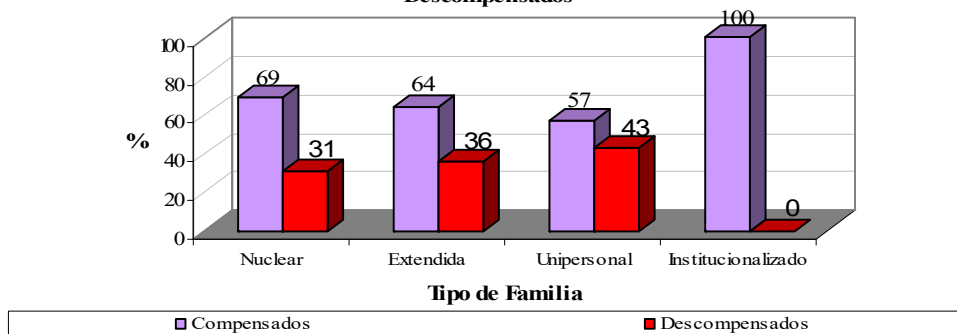


Análisis: En el gráfico N° 39, se observa que el mayor porcentaje de personas descompensadas se concentra en el sexo femenino (34%), pero no supera el porcentaje de compensados, siendo éste casi el doble del anterior (66%). Es en este mismo grupo de la muestra (sexo femenino) donde se supera el porcentaje de descompensados de la muestra total (33%), pero sólo en 1 punto porcentual. En cambio en el grupo de sexo masculino el 30% tiene niveles de glicemia o Hb1Ac en rangos de descompensación.

Esto se puede relacionar – según teoría – con el menor conocimiento sobre la enfermedad en las familias en donde la mujer es quien padece de Diabetes Mellitus, además las actitudes hacia la enferma y hacia el control, se presentan en sentido negativo. Esto radica en que, socioculturalmente, es la mujer quien se encarga de los cuidados de los integrantes de la familia, si ésta es la que enferma no existiría quien reemplace completamente su rol cuidador, quedando desprotegida.

b) **Factores Específicos, Compensados/Descompensados:**

Gráfico N°40: Área Sociocultural, Familia: Tipo de Familia Compensados v/s Descompensados

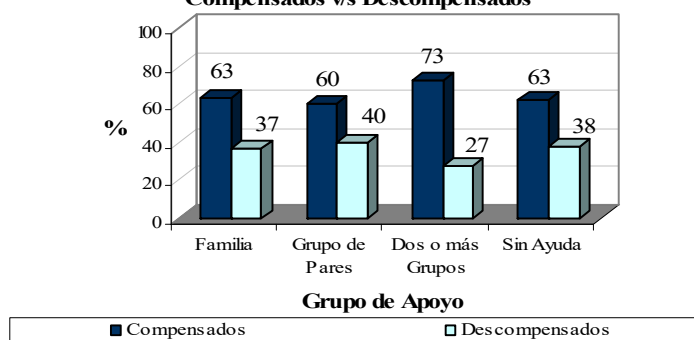


Análisis: En el gráfico N° 40, se desprende que el mayor porcentaje de personas descompensadas están en el grupo de familias unipersonales equivalente a un 43% y, es en este mismo grupo donde la brecha entre compensados (57%) y descompensados se estrecha, con una diferencia de 14 puntos porcentuales. En cambio dentro del grupo de familia nuclear se encuentra el mayor porcentaje de personas compensadas (69%), duplicando y superando al grupo de descompensados (31%).

El porcentaje de descompensados del total de la muestra (33%) se ve superado en los grupos de familia extendida (36%) y en el grupo de familia unipersonal (43%).

De los institucionalizados sólo se puede decir que corresponden a 2 personas del estudio, ambos con niveles de glicemia y HbA1c dentro de los rangos de compensación.

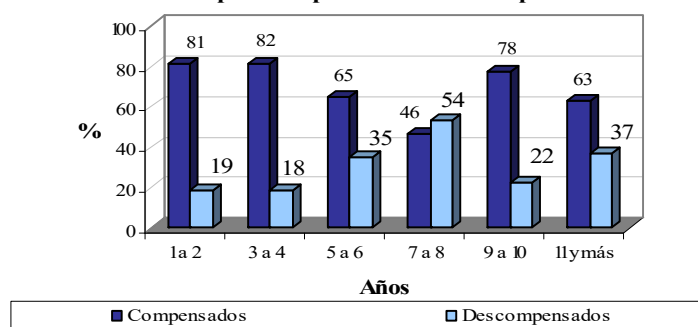
**Gráfico N°41: Área Sociocultural, Redes de Apoyo
Compensados v/s Descompensados**



Análisis: En el gráfico N° 41, se desprende que el mayor porcentaje de personas descompensadas son aquellas que consideran como red de apoyo a su grupo de pares (40%), seguidas por aquellas personas que no poseen ayuda (38%).

Las personas del estudio que presentan situación de compensación (73%) son aquellas que poseen 2 o más grupos como red de apoyo, dentro de los cuales se incluye la familia.

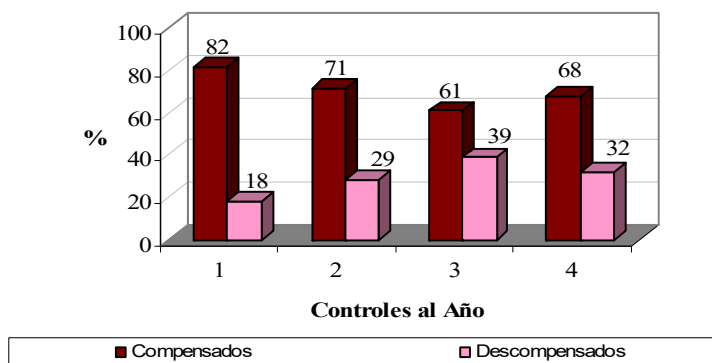
Gráfico N°42: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2 Compensados v/s Descompensados



Análisis: En el gráfico N° 42 se observa que el mayor porcentaje de personas descompensadas se encuentra aquellas que poseen entre 7 a 8 años con la enfermedad (54%), siendo este grupo el único que presenta un porcentaje de descompensados que supera al de compensados. En las personas de este estudio no existe una tendencia clara que permita decir que los años con Diabetes Mellitus Tipo 2 tienen alguna relación con el estado de compensación o descompensación.

Lo anteriormente descrito difiere con lo encontrado en la teoría, la cual señala que a mayor cantidad de años con la enfermedad es más difícil mantenerse compensado, puesto que para ello se requiere de un mayor número de fármacos y un aumento en la demanda de atención profesional dada la probabilidad de complicaciones.

Gráfico N°43: Área Biológica, Asistencia a Control en el Último Año Compensados v/s Descompensados

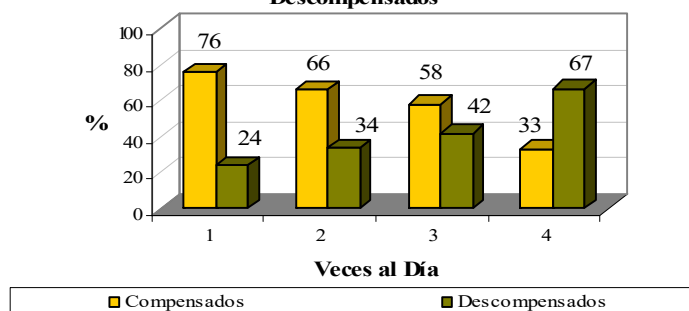


Análisis: Según el gráfico N° 43 se desprende que el mayor porcentaje de descompensados se encuentra en el grupo con una asistencia a control buena (3 controles anuales), además superan el porcentaje de descompensados total de la muestra (33%) en 6 puntos porcentuales. En cambio el mayor porcentaje de compensados se encuentran en el grupo con mala asistencia a control (1 control anual).

Todos estos datos indican que, el que estas personas asistan a sus controles, no influye directamente en la compensación de ellas, sino un conjunto de factores asociados media para que este fenómeno sea posible.

Según lo señalado en el marco teórico son muchos los factores que influyen en el grado de compensación de la enfermedad como es la edad, personalidad del individuo, las redes de apoyo, experiencias previas, entre otras, por lo que en un control de salud debe considerar todos estos aspectos para que la intervención genere un impacto.

Gráfico N°44: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Hipoglicemiantes Orales Diarios Descompensados



Análisis: Del gráfico N° 44 se observa que el mayor porcentaje de personas descompensadas se encuentra en el grupo que consume 4 Hipoglicemiantes Orales diarios (67%). Si se observan los siguientes grupos se puede apreciar que a medida que disminuye la cantidad de Hipoglicemiantes Orales Diarios, disminuye el porcentaje de personas descompensadas. Sólo el grupo que consume 1 Hipoglicemiante Oral Diario (24%) es el único que no supera el porcentaje de descompensados de la muestra total (33%).

Los datos obtenidos concuerdan con la teoría, ya que al no lograrse la compensación la persona debe cambiar de medicamento y cantidad de este (es decir aumentar la dosis). Estas personas se encuentran en la fase de fracaso del tratamiento – el cual ocurre por diversos factores –, donde a pesar de consumir una mayor dosis no logran compensarse, siendo candidatos a la siguiente fase del tratamiento: la insulino terapia. Además, se debe considerar que las personas del estudio tienen en mayoría 11 y más años con la patología (43%) – y el grupo de descompensados sigue esta tendencia (48% con 11 y más años con la patología) –, por lo que la enfermedad ha evolucionado haciendo necesarias otras medidas terapéuticas.

CAPITULO V:

**DISCUSION RESUMEN Y
RECOMENDACIONES**

1. CONCLUSIONES

Chile es una sociedad en transición demográfica avanzada. Este proceso es el resultado de dos importantes fenómenos: el aumento de la expectativa de vida y la baja tasa de fecundidad, lo que provoca un aumento de enfermedades no transmisibles como la Hipertensión Esencial o la Diabetes Mellitus Tipo 2. Por las características de los estilos de vida tales como: sedentarismo, obesidad, tabaquismo, estrés, alimentación no saludable, etcétera, se proyecta un aumento de estos problemas de salud en la población.

La Diabetes Mellitus Tipo 2, es una patología que genera una tasa mayor de discapacidad y mortalidad, constituyendo en Chile la octava causa de muerte.

Debido a esto, las actividades realizadas por el profesional de Enfermería deben enfocarse en la pesquisa oportuna y las orientaciones necesarias para promover estilos de vida saludables, prevenir la aparición de la enfermedad en aquellas personas con factores de riesgo presentes y la aparición de complicaciones cuando la enfermedad ya esta establecida. Es por ello que se hace necesario conocer todos aquellos aspectos que puedan influir en el estado de salud de estas personas.

Este estudio se enfocó en la indagación de aquellos factores que pudiesen influir en el estado de salud de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, principalmente aquellos presentes en la descompensación.

Según los objetivos propuestos al inicio del estudio, se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación.

- **De la Muestra:**

La muestra sigue la tendencia nacional, regional y del centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado, al componerse mayoritariamente de Adultos Mayores (58%), con un promedio de edad de 66,1 años.

La edad es una característica fundamental en la Diabetes Mellitus Tipo 2, ya que su aparición se da principalmente posterior a los 40 años y su prevalencia es directamente proporcional a la edad, es decir, aumenta en forma significativa en relación a ella.

Las mujeres son quienes asisten preferentemente a los centros de atención de salud (59 %). Sobre ellas recae la responsabilidad de los cuidados propios de los integrantes de su familia, lo que comprende un rol expresivo (59 %). Además los horarios de atención del Centro de Atención Primaria, favorecen a aquellas personas sin actividad laboral, preferentemente población femenina.

Respecto a los antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2, más de la mitad de la población estudiada (52 %), posee antecedentes de la patología entre sus familiares directos (padre, madre y hermanos), lo cual es considerado un factor de riesgo en la aparición de esta enfermedad.

El 45 % de las personas del estudio poseen Educación Básica, lo que se encuentra bajo el promedio nacional que corresponde a 9,2 años, es decir, primer año medio.

Del estudio se desprende que un 61% de las personas viven en familias de tipo nuclear, siendo similar a la realidad nacional. Además, 88% de las personas del estudio perciben a sus familias como normofuncionales (88 %).

El rol que ejercen las personas del estudio dentro de las familias, suelen ser ambos: expresivo e instrumental, constituyendo un 48 %. Cabe destacar que en el sexo femenino predomina el rol expresivo (59 %), el cual está asociado ancestralmente a la mujer.

Con respecto al área sociocultural, la gran mayoría son personas dedicadas a labores de casa (41 %). Aquellos activos laboralmente (30 personas), tienen una jornada de trabajo de 9 a 12 hrs. diarias en un mayor porcentaje (49 %), los cuales llevan sus alimentos desde su hogar (58 %).

Las redes de apoyo con las cuales cuentan las personas del estudio son del tipo familiar (46 %), siguiéndoles aquellos que cuentan con dos grupos de apoyo o más, a los cuales recurren cuando presentan algún problema.

Se desprende del estudio que un porcentaje alto presenta glicemias menores a 126 mg/dl o HbA1c con valores menores a 8%, equivalente a un 67%, lo cual se considera como compensado

Con respecto a los años con Diabetes Mellitus Tipo 2, las personas del estudio padecían de la patología hace 11 y más años en una mayor porcentaje (43 %).

La asistencia a controles en el último año de las personas del estudio, se encuentra dentro del rango óptimo (es decir, 4 controles al año) lo que corresponde a un 49 %.

El tratamiento que utilizan es del tipo Hipoglicemiante Oral preferentemente (79%), los cuales son consumidos mayoritariamente dos veces al día (52%).

Un porcentaje alto de las personas que se encuentran con tratamiento farmacológico del tipo Hipoglicemiantes Orales, se encuentran además con otros tipos de medicamentos, llegando a consumir 5 o más de estos al día, lo que es considerado un factor de riesgo (polifarmacia).

La percepción del estado de salud de las personas del estudio, es considerada buena (49%) o muy buena (24 %), esto puede deberse a la enfermedad en sí, ya que ésta aparece en forma silenciosa. Al mismo tiempo, esto depende de la etapa de aceptación de la enfermedad en que se encuentra la persona.

La funcionalidad en adultos mayores del estudio no fue evaluada en un alto porcentaje (66%) dentro del Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado. De aquellos que se encontraban evaluados, un 13% se encontraba bajo el rango de autovalentes.

- **De los Descompensados:**

Se desprende del estudio que el grupo de descompensados es un grupo envejecido (52% de Adultos Mayores y promedio de edad 66,4 años). Las mujeres componen mayoritariamente el grupo, al estar presentes en un 72 %, lo cual puede deberse a las características de la muestra ya que hay un mayor número de mujeres que asisten a controles en el centro de salud.

Con respecto a los antecedentes familiares de las personas del estudio descompensadas, se desprende que un 50% sabe que dentro de sus familiares directos hay o hubo presencia de Diabetes Mellitus Tipo 2. Sin embargo a pesar de esto, se mantenían en un grado de descompensación importante, aún cuando vivenciaron las consecuencias de un mal control de la patología (experiencia previa que no tiene impacto en la persona).

La escolaridad de las personas del estudio descompensadas corresponde a Educación Básica (39%), sin embargo el porcentaje de personas del estudio que posee Educación Media y Superior corresponden al 59%. El que tengan un grado de instrucción que favorece el entendimiento de las indicaciones entregadas y las medidas ha adoptar para mantener la patología en niveles de compensación y evitar así el avance vertiginoso de ella y sus complicaciones, no se traduce en aquello, pudiendo deberse a diversos factores los cuales no son objetivo de este estudio.

El Tipo de Familia de las personas descompensadas corresponde a las de tipo nuclear (61%), siendo consideradas por estas dentro de la clasificación normofuncional (91%). Los roles cumplidos por las personas del estudio que se encuentran descompensadas son expresivo e instrumental en su conjunto (48%).

Con respecto a la situación laboral de las personas descompensadas del estudio, el mayor porcentaje de estas se encuentran realizando labores del hogar (41%), le sigue aquellas con actividad laboral pasiva (35%). Las personas del estudio descompensadas con una actividad laboral (trabajando), poseen un horario de trabajo de 9 a 12 horas diarias (60%). La procedencia de la alimentación de ellos es, en su mayoría, de su hogar.

La principal red de apoyo de las personas descompensadas del estudio es la familia (52%); un porcentaje alto de estas no poseen ayuda (37%), lo cual es considerado un factor de riesgo puesto a que estas personas no tienen a quien acudir, ni poseen un sustento humano de carácter emocional en que sostenerse, por ejemplo, al surgir problemas los cuales son gatillantes de estrés, repercutiendo en los niveles de compensación. Además una red de apoyo entrega aliento, protección y sustento (sólo si es positiva) a la persona enferma para que tome medidas de autocuidado.

Las personas del estudio descompensadas poseen 11 o más años con Diabetes Mellitus Tipo 2 en mayor porcentaje (48%), lo cual se asocia a la aparición de complicaciones propias de la enfermedad y a que la enfermedad está en un grado importante de evolución.

De las personas descompensadas del estudio, 48 % de ellas asisten en forma óptima a los controles de crónicos (4 controles al año), lo cual puede estar señalando que el número de controles no necesariamente significa un mayor porcentaje de compensación.

Un alto porcentaje de las personas del estudio descompensadas se encuentran con tratamiento del tipo Hipoglicemiantes Orales (83%); el 49% de ellos consume Hipoglicemiantes Orales diarios 2 veces al día. Si a esto se suman los otros fármacos que consumen las personas durante el día, se puede apreciar que de las personas del estudio descompensadas, un 55 % se encuentran con polifarmacia.

La percepción del estado de salud que tienen las personas descompensadas es buena (57%), o muy buena (27%), lo cual puede deberse a las características propias de la enfermedad (ser silente), además, depende de la etapa de la aceptación de la enfermedad que se encuentre cursando la persona, pudiendo ser esta la etapa de negación. Esta situación puede redundar en que los individuos no vean necesario tomar acciones de autocuidado para mantener un buen estado de salud dentro de su patología de base y, además, evitar las posibles complicaciones de esta.

El 78% de las personas de 65 años y más que se encuentran descompensadas, no poseen el examen EFAM (Evaluación Funcional del Adulto Mayor). Respecto de las personas descompensadas que sí poseen EFAM efectuado, el 13% son dependientes.

Cabe destacar el riesgo que reviste esta situación, pues no se puede aplicar una atención con enfoque de riesgo que vaya a fomentar la autonomía e independencia de las personas, lo que claramente incide en su autocuidado.

- **De los factores:**

Al comparar la edad de las personas del estudio compensadas y descompensadas podemos apreciar que el mayor porcentaje de los compensados se encuentra en un rango de edad entre los 65 y más años, en cambio las personas descompensadas se encuentran en un rango de edad entre 20 y 44 años. De estos datos se puede rescatar que el mayor porcentaje de descompensación en este rango de edad puede deberse a la etapa de vida por la cual atraviesan estas personas, donde la enfermedad se ve como algo lejano, además de tener como prioridades la formación de una familia, la obtención de un carrera profesional y/o un buen trabajo, entre otras. Por lo tanto se puede decir que a medida se avanza en las diferentes etapas de vida, existe una mayor conciencia del proceso salud–enfermedad, teniendo en cuenta también que, con el correr del tiempo, la patología avanza en evolución mostrando signos y síntomas evidentes, lo que obliga al individuo tomar medidas al respecto.

En relación al sexo de las personas del estudio, al compararse entre los compensados y descompensados, se puede apreciar que los hombres poseen un porcentaje mayor de compensación (71 %) que las mujeres (66%). El 34% de las mujeres

se encuentran descompensadas, sobrepasando en 4 puntos porcentuales a los hombres con igual característica.

Esta diferencia en la compensación de la Diabetes Mellitus Tipo 2 entre hombres y mujeres puede estar dada por la actitud que tiene la mujer respecto a la enfermedad, si bien son ellas las que con mayor frecuencia asisten a los centros de salud, no implica que lleven a cabo los cuidados correspondientes, debido a diferentes factores entre los cuales podemos mencionar el rol que ejerce preponderantemente dentro de la familia, el cual es expresivo en un alto porcentaje, preocupándose más de la salud de su familia que de la propia.

Al comparar el tipo de familia de las personas del estudio compensadas y descompensadas, se desprende que el mayor porcentaje de las personas compensadas integran una familia de tipo nuclear (69%), en cambio el 43% de las personas descompensadas son partes de una familia unipersonal. De los datos se puede señalar la importancia que tiene la familia respecto al grado de compensación que presentan las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, siendo estas un gran apoyo para ellos. Si bien esta ayuda puede ser positiva o negativa con respecto a los planes de intervención de la Diabetes Mellitus (por ejemplo la alimentación), el sólo hecho de tenerla significa una ayuda en la compensación de estas personas, al existir un sentimiento de compañía, acogida, o simplemente la idea de estar en buenas condiciones de salud para el otro.

Respecto a las redes de apoyo con las cuales cuentan las personas del estudio compensadas y descompensadas, se observa que el mayor porcentaje de compensados poseen dos o más grupos de apoyo (73%), en cambio el mayor número de descompensados cuenta sólo con el grupo de pares.

Dentro de los grupos de apoyo que poseen las personas compensadas se encuentra la familia, lo cual refuerza lo dicho anteriormente, sobre la influencia que ejerce ésta en la compensación de las personas del estudio.

Al comparar los años con Diabetes Mellitus Tipo 2 entre las personas del estudio compensadas y descompensadas, se desprende que el mayor porcentaje de los compensados tienen entre 3 y 4 años con Diabetes Mellitus Tipo 2 (82 %), en cambio las personas descompensadas tienen entre 7 y 8 años con la enfermedad (54 %). Esta diferencia entre el grado de compensación de las personas del estudio puede deberse a que a medida que aumentan los años con diabetes se hace más difícil su manejo y aparecen o aumentan las complicaciones, haciendo más complejo alcanzar niveles de compensación.

Respecto a la asistencia a controles en el último año entre las personas compensadas y descompensadas, el estudio arrojó que las personas compensadas tienen una asistencia considerada mala (1 vez al año, equivalente a un 82% de las personas del estudio), en cambio los descompensados presentan una asistencia considerada buena (3 veces al año, equivalente a un 39% de las personas del estudio).

Estos resultados demuestran que en este estudio la asistencia a controles no influiría en el nivel de compensación.

Al comparar el tratamiento farmacológico de las personas del estudio compensadas y descompensadas, se puede señalar que el mayor porcentaje de personas compensadas maneja la patología con Hipoglicemiantes Orales una vez al día, en cambio el mayor porcentaje de personas descompensadas los consumen 4 veces al día. El porcentaje de compensación disminuye a medida que aumenta el número de Hipoglicemiantes Orales diarios por una serie de condiciones, tales como la evolución de la enfermedad, el manejo por parte de la persona y la exclusión de tratamiento no farmacológico al iniciar el tratamiento medicamentoso (no existe conciencia de la complementariedad e importancia de ambos). Estos resultados concuerdan con lo revisado en la teoría.

Según lo expuesto a través de los resultados anteriores se puede inferir que muchos factores pueden llevar a que las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 se encuentren descompensadas. Por lo cual la atención brindada debe ser otorgada de forma integral teniendo en cuenta las diferentes variables que pueden influir en el estado de salud de las personas y no sólo aquellas áreas vistas comúnmente en los controles de salud que se remiten al área médica, sino que abarcar puntos tan importantes como el área psicológica, laboral, antecedente de la familia y la percepción del estado de salud de la persona, los cuales influyen en como la persona afrontará la enfermedad, conociendo las herramientas con las que cuenta.

Al utilizar la Teoría del Autocuidado de D. Orem, se pueden realizar las intervenciones de acuerdo a las demandas que posea la persona para mantener un nivel óptimo y una mejor calidad de vida que le permita desenvolverse en su entorno. La Enfermera debe ser capaz de reconocer los instrumentos útiles que posea la persona para el control de su enfermedad y aquellos que sean un obstáculo para lograr este objetivo, tomarlos y, junto a ella construir un plan de intervención individualizado y efectivo.

El profesional de Enfermería es fundamental para lograr las metas propuestas respecto a la compensación de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, ya que está preparado desde una perspectiva biopsicosocial por lo que posee las habilidades para reconocer y trabajar en las áreas anteriormente señaladas.

Como Gestora de los Cuidados tiene la capacidad y el deber de revisar junto al equipo de salud las implicancias de sus acciones, revisar el porqué del escaso o nulo impacto de sus intervenciones e implementar en conjunto estrategias que den un giro a esta preocupante situación.

El hincapié debe estar enfocado en ayudar a reconocer a la persona con Diabetes Mellitus Tipo 2, las herramientas con las que cuenta y hacerlo partícipe del cuidado, con el fin de conservar la salud, prevenir enfermedades o restablecer la salud de éste.

2. RECOMENDACIONES

1. Implementar y/o difundir horario extendido de atención para pacientes con patologías crónicas, de modo que facilite la asistencia a los controles de salud a aquellas personas que no pueden tener acceso a ellos en los horarios habituales.
2. Integrar al equipo base del control crónico (según Programa de Salud Cardiovascular incluye: Médico, Enfermera y Nutricionista) al profesional de Psicología, para que evalúe la etapa de aceptación de la enfermedad en que se encuentra la persona y, de esta manera, los otros profesionales consideren estas fases como guía de sus intervenciones. Además apoye al paciente y le ayude a asumir positivamente su nueva condición, facilitando, así, la toma de medidas adecuadas para mantener un buen nivel de compensación.
3. Basar la atención de Enfermería en un enfoque familiar, incentivando al paciente que asista a sus controles de salud acompañado de un familiar, para que juntos reciban los conocimientos y herramientas que involucran el correcto cuidado del individuo y, así el acompañante se convierta en un apoyo en este proceso.
4. Efectuar visitas domiciliarias al paciente y su familia para supervisar el cumplimiento y refuerzo de las indicaciones entregadas.
5. Realizar sesiones educativas grupales en personas diabéticas y sus familias.
6. Crear un plan de pesquisa e intervención de factores de riesgo cardiovascular (Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial) en la población infantil, basados en un instrumento de pesquisa aplicado en el Control de Salud Infantil con una periodicidad de acuerdo al riesgo encontrado.
7. Planificar y aplicar un plan de Intervención de Enfermería creativo, atractivo y personalizado, enfocado en lograr el autocuidado del paciente, considerando los diferentes factores que influyen en la mantención del nivel de compensación: edad, grupo familiar, redes de apoyo, asistencia a control, autopercepción del estado de salud de la persona, motivación, funcionalidad de las personas mayores de 65 años, entre otras, de forma que generen un impacto en la toma de sus decisiones.

8. Idear estrategias para alcanzar o aumentar las metas entregadas por el MINSAL, en relación a la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM). Así contar con la clasificación de las personas de 65 y más años y con ella encausar las intervenciones necesarias.
9. Realizar estudios de profundización de los factores aquí presentados u otros, que enriquezcan los conocimientos y la intervención de la Enfermera en estos pacientes.

3. RESUMEN

Introducción:

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad metabólica que actualmente es considerada una epidemia a nivel mundial, además de ser considerada uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes. Su morbilidad está determinada fundamentalmente por las complicaciones microvasculares. En Chile, la Diabetes corresponde a la octava causa de muerte, con una tasa creciente que el año 1998 alcanzó los 24 x 100.000 hab.

En cuanto a la prestación de servicios de Enfermería a personas con enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus Tipo 2, se ha tomado la base teórica dada por el Modelo de Cuidados de Enfermería de Dorothea Orem, puntualmente la “Teoría del Autocuidado”, lo que implica el examen de los factores presentes en las personas con este padecimiento. Con el propósito de describir algunos factores que influyen en la descompensación de estos. De esta forma, el análisis de los factores, tanto universales como específicos, permitirían pesquisar oportunamente cualquier déficit del Autocuidado, lo cual supondrá la base para el Proceso de Enfermería a realizar.

Se utilizó como marco de referencia el Modelo de Cuidados de Enfermería de Dorothea Orem, extrayendo de este los factores derivados de la desviación del estado de salud.

Metodología:

Este estudio corresponde a una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa, de corte transversal, que permitió realizar un análisis sobre los factores en estudio.

El universo está constituido por 743 personas diabéticas tipo 2, inscritas en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, hasta Diciembre del año 2004.

Se seleccionó la muestra por azar simple con selección sistemática, alcanzando un total de 140 personas entre hombres y mujeres entre 20 y más años.

La recolección de los datos se efectuó a través de un instrumento tipo cuestionario conformado por 27 preguntas, clasificadas en 5 ítems: Datos Generales, Área Sociocultural, Área Biológica, Funcionalidad en personas de 65 y más años y Área Psicológica; cuyos datos fueron obtenidos a través de la revisión de fichas y encuesta a domicilio.

Resultados:

- El mayor porcentaje de personas descompensadas pertenecen a adultos jóvenes.
- El mayor porcentaje de personas descompensadas pertenecen al sexo femenino.
- El mayor porcentaje de personas descompensadas pertenecen a familias unipersonales, en cambio el mayor porcentaje de personas compensadas viven en familias de tipo nuclear.
- El mayor porcentaje de personas descompensadas solo cuentan con una red de apoyo.
- No existe una tendencia clara vincule los años con Diabetes Mellitus Tipo 2 y el estado de compensación.
- La asistencia a controles no determinaría la compensación o descompensación de estas personas.

CAPITULO VI

PAGINAS COMPLEMENTARIAS

1. LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) American Diabetic Association.
- (2) Organización Mundial de la Salud.
- (3) (4) Fuente Estadística SSVQ.
- (5) Fuente MINSAL (Ministerio de Salud).
- (6) Brunner y Suddarth. Enfermería Médico – Quirúrgica. Capítulo 37; novena Edición, 2002.
- (7) Garantías Explicitas en Salud.
- (8) MINSAL: Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2.
- (9) Orellana, R. Apuntes Cátedra Enfermería Comunitaria II (Enf. 401): “La Familia”, 2005.
- (10) <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/711205BE-46DE-408B-A67A-04E68C4EBDB2/0/2004rm4204disfunci%C3%B3nfam.pdf>
- (11) Lin, Dean y Ensel, 1986
- (12) http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_ciudad_cronic_2.htm
- (13) <http://www.adich.org>
- (14) <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>
- (15) <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/#Tres>
- (16) http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm#Orem
- (17) Artículo 113 Código Sanitario
- (18) Fuente INE

2. BIBLIOGRAFIA GENERAL

a) Libros:

1. SMELTZER, Suzanne. Enfermería Médico Quirúrgica Brunner y Suddarth. 9ª Edición. México, Editorial Mc Graw- Hill, 2002.
2. GARCÍA DE LOS RIOS, Manuel. Diabetes Mellitus; el Rol de la Dieta en el Manejo de la Diabetes. Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico. Santiago de Chile, 1992.
3. VEIT, Odette; ZAVALA, Carlos. Actualización en Diabetes Mellitus. Sociedad Médica de Santiago de Chile, 1984.
4. LEDDY, Susan y otros. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª Edición. JB Lippincott Company, 1985.

b) Páginas Web:

1. www.imss.Gob.mx
“Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético Tipo 2”.
2. www.prensa.com
“Reportajes Especiales la Diabetes”.
3. www.cucs.udg.mx
“Diseño de un Instrumento para Evaluar Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2”,
Investigación en Salud Vol. 5 Número 3, diciembre 2003.
4. www.monografía.com/trabajos5/fami/fami.shtm/
“La Familia”.
5. www.insp.mx/salud/35/352-6shtml
“Grupo de Autocuidado de Diabetes Mellitus Tipo 2”.

6. www.cfg.uchile.cl
Jirón, M. “Estrategias para Mejorar la Adherencia a los Tratamientos”.
7. www.tuotromedico.com/temas/hemoglobina_glicosilada.htm
“Hemoglobina Glicosilada”.
8. www.minsal.cl
“Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2”, 2005.
9. www.enfermeria.com.mx/factores_condicionantes_basicos.htm
“Factores Condicionantes Básicos sobre las Acciones de Autocuidado en Personas com Diabetes Mellitus Tipo 2”.
10. <http://perso.wanadoo.es/aniortenic/apuntcuidadcronica2.htm>
“Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Crónica”.
11. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm#Orem
“Teoría y Método en Enfermería II”.
12. www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm
“Cuidados de Enfermería en la Diabetes”.
13. <http://www.sso.cl/legislacion.htm>
“Código Sanitario”. Libro V: Del Ejercicio de la Medicina y Profesionales Afines. Artículo 113.
14. <http://www.medwave.cl/congresos/Geriatria2003/Evaluacion/2.act>
15. <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/anciano.htm>
16. <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/#tres>
17. www.adich.org
18. www.diabetes.org
19. www.oms.org
20. www.ssvq.cl

c) Apuntes:

1. JARA, M. Apuntes Cátedra Salud Pública: “Educación en Salud”, 2003.
2. LAZCANO, M. Apuntes Cátedra Enfermería Adulto y Senescente Enfermo: “Diabetes Mellitus Tipo 2”, 2004.
3. ORELLANA, R. Apuntes Cátedra Enfermería Comunitaria II (ENF 401): “La Familia”, 2005.

3. APENDICE

(ANEXOS)

ANEXO N° 1:

MARCO TEORICO

1 EVALUACION FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM - CHILE)

Al pensar en el envejecimiento poblacional nos damos cuenta que se acentúa la tendencia al aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas.

Ya instalada la vejez la consideración de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, es decir la mirada integral, se hace inevitable para cualquier intervención en salud. Es este el concepto clave de la calidad de vida en esta etapa, y es aquí donde la independencia y autonomía pasan a ser fundamentales. Independencia que se refiere a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria y autonomía que se refiere a la capacidad de tomar decisiones por si solos y afrontar las consecuencias de ellas.

Ante esto el reto es prevenir la presencia de enfermedades y complicaciones que pueden ser potencialmente invalidantes para el adulto mayor.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), definen a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla.

En nuestro país el instrumento elaborado para medir la funcionalidad del adulto mayor es el EFAM (Evaluación Funcional del Adulto Mayor).

1.1.2 Cuestionario EFAM

El cuestionario EFAM tiene dos partes. La parte A permite detectar si el adulto es funcionalmente sano o dependiente; si resulta dependiente no se aplica la parte B y va a una línea de intervención. El puntaje de discriminación está en 42 puntos en la parte A y 45 puntos en la B.

En la parte A, las preguntas se orientan a determinar si es el paciente es capaz de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria (de manejar su propio dinero, bañarse o ducharse, tomar sus medicamentos, preparar la comida y de hacer las tareas de

la casa); además se efectúa el Test Minimental corto y se determinan los años de escolaridad, y motricidad fina que son muy importantes en el nivel de riesgo de compromiso de la funcionalidad. Si en esta parte del cuestionario se obtiene menos de 42 puntos, el individuo se cataloga como dependiente y no pasa a la parte B, que es la que discrimina entre autovalentes con y sin riesgo, dentro del grupo funcionalmente sano.

En la parte B se evalúa la presión arterial, la diabetes y la salud psicosocial, a través de una serie de preguntas. Si logra menos de 45 puntos, se considera que la persona está en riesgo; si tiene más de 45, se considera sin riesgo.

En este momento, el EFAM se está aplicando a toda persona mayor de 65 años, una vez al año, bajo la supervisión de la persona encargada del programa de adulto mayor en el ministerio, dentro del cual se han ido generando distintas actividades, desde el programa de alimentación complementaria, destinado a evitar las enfermedades por trastornos nutricionales, hasta algunos programas de actividad física.

Para concluir podemos señalar que lo que se persigue a través del EFAM no es aumentar la expectativa de vida de las personas, sino el como se vive una vida mas larga libre de discapacidad o funcionalmente sana.

2 TEORÍA PSICOSOCIAL SEGUN ERIK ERIKSON

Erik Erikson (1902 – 1994) nació en Alemania y se especializó en Viena bajo la dirección de Anna Freud. Su experiencia tanto profesional como personal, le permitió modificar y ampliar la teoría freudiana.

Erikson estaba convencido que la teoría freudiana subestimaba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad. También pensaba que Freud tenía una percepción muy negativa de la sociedad, pues la veía como fuente de inconformidad e impedimento a los impulsos biológicos. Ericsson veía la sociedad como una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del ego o el yo.

La teoría que plantea, destaca la influencia de la sociedad y la cultura sobre el ego en cada uno de los ocho periodos de edad en que divide la vida humana. Cada crisis es un momento crucial que resolver aspectos importantes que permanecerán durante la vida, hasta cierto grado. Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis, el ego continuará su desarrollo hasta que se presente la próxima. Si la crisis no se resuelve de modo satisfactorio, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego.

La satisfacción de cada una de las ocho crisis, requiere que un rasgo positivo se equilibre con su correspondiente rasgo negativo. Aunque debe predominar la cualidad

positiva, es necesario que permanezcan rastros de la otra. A continuación, se presentan las ocho crisis según Erikson.

- a) **Confianza Básica v/s Desconfianza**: Comprende desde el nacimiento hasta los 12 ó 18 meses, en donde el bebé desarrolla el sentido de si puede confiarse en el mundo, en donde la virtud es la esperanza.
- b) **Autonomía v/s vergüenza y Duda**: Comprende desde los 12 ó 18 meses a los 3 años, en las cuales, el niño desarrolla un equilibrio frente a la vergüenza y la duda. La virtud de esta crisis es la voluntad.
- c) **Iniciativa v/s Culpabilidad**: Comprende desde los 3 a 6 años de edad, en las cuales el niño desarrolla la iniciativa cuando ensaya nuevas cosas y no se deja abrumar por el fracaso. En esta crisis la virtud es el propósito.
- d) **Industriosidad v/s Inferioridad**: Comprende de los 6 años a la pubertad, en donde el niño debe aprender destrezas de la cultura de la cual pertenece o enfrentarse a sentimientos de inferioridad. En esta crisis la virtud es la destreza.
- e) **Identidad v/s Confusión de Identidad**: Comprende desde la pubertad a la edad adulta temprana. El adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo, en las cuales la virtud es la fidelidad.
- f) **Intimidad v/s Aislamiento**: Comprende la edad adulta temprana, en las que la persona busca comprometerse con otros; si no tiene éxito, puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección. La virtud de esta crisis es el amor.
- g) **Creatividad v/s Ensimismamiento**: Comprende la edad adulta intermedia, en las cuales las personas se hallan preocupadas por establecer y guiar a la nueva generación; de otra forma se sienten empobrecidos personalmente. La virtud obedece a la preocupación por los otros.
- h) **Integridad v/s Desesperación**: Comprende la etapa de la vejez, en las cuales las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la aceptación de la muerte y, si no es así, caen en la desesperación. La virtud que la caracteriza es la sabiduría.

ANEXO N° 2:

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Factores presentes en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y existencia de descompensación”

Investigadoras: Alumnas de 5° Año de Enfermería.
Universidad de Valparaíso.

Somos alumnas de Enfermería que cursamos nuestro último año de carrera, actualmente nos encontramos realizando nuestra tesis para optar al grado de licenciado en Enfermería, por lo cual estamos desarrollando un estudio para conocer algunos de los factores que interfieren en la compensación o descompensación del estado de salud de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

Para ello estamos invitando a participar a todas las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de 20 y más años de edad, con un tiempo mínimo de un año de diagnóstico controladas en el Centro de Atención Primaria Dr. Marcos Maldonado de la Comuna de Viña del Mar.

La participación en este estudio será voluntaria, anónima y absolutamente confidencial. La información se recopilará a través de una serie de preguntas contenidas en una encuesta. Las respuestas se obtendrán de la ficha clínica, tarjeta de control y verbalización de las personas del estudio. Debido a esto no existe ningún tipo de complicaciones o riesgos para su salud.

Las preguntas que Ud. debe responder en forma verbal no le quitarán más de 15 minutos de su tiempo.

Cabe mencionar que esto no tendrá costos ni compensaciones económicas para usted.

Agradecemos de antemano su participación, en nuestro estudio, contribuyendo con el desarrollo de futuros profesionales de la salud.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas las dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el estudio: “Factores presentes en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y

--	--	--	--	--

ANEXO N° 3:

1. INSTRUCTIVO

El siguiente instrumentó cuenta con preguntas de selección múltiple y completación, las cuales están agrupadas en cinco factores (uno universal y cuatro específicos).

Indicaciones:

1. Este instrumentó debe ser desarrollado exclusivamente por personas relacionadas con el estudio en cuestión.
2. La entrevistadora deberá identificarse ante la persona a entrevistar, indicando la institución de donde proviene y el propósito del estudio.
3. La entrevistadora deberá asegurar el anonimato y la confidencialidad de la información que reciba.
4. La entrevista deberá aplicarse en un lugar físico que propicie la privacidad de la persona.

Consideraciones especiales por pregunta:

Pregunta N°1: Según edad indicada por el entrevistado, clasificarlo en el grupo etario correspondiente.

Pregunta N°6: Según respuesta de la pregunta 5, clasificar el tipo de familia a la cual pertenece el entrevistado.

Pregunta N°7: Aún cuando no exista unión legal de pareja, se considera rol esposo/a.

Pregunta N°8: Según respuesta de la pregunta 7, clasificar el tipo de rol que desempeña la persona.

Pregunta N°9: Tras la realización del APGAR familiar y según el puntaje obtenido, se debe clasificar la familia del entrevistado según su grado de funcionalidad.

Pregunta N°10: Si el entrevistado se encuentra trabajando continuar con las preguntas 11 y 12 hasta completar el instrumento, de lo contrario retomar en la pregunta 13.

Pregunta N°13: El entrevistado puede elegir más de una alternativa.

Pregunta N°24: Según respuesta entregada por el entrevistado, continuar el instrumento:

- **Respuesta Hipoglicemiante oral:** Continuar según orden establecido.
- **Respuesta Insulinoterapia:** omitir pregunta 25 y retomar instrumento en la pregunta número 26.
- **Respuesta Ambas:** continuar según orden establecido.
- **Respuesta No utiliza tratamiento farmacológico:** continuar con la pregunta 26, omitiendo la pregunta número 25.

Pregunta N°26: Comprimidos se refiere a tabletas, comprimidos, grageas, cápsulas y óvulos vía oral.

Pregunta N°27: En esta pregunta se utilizará escala análoga a escala EVA, en donde el entrevistado responderá según un parámetro de 1 a 10, considerándose 1 como MUY MAL y 10 MUY BUENO.

Pregunta N°28: La pregunta SÓLO se contesta si el entrevistado tiene 65 o más años con EFAM realizado.

ANEXO N° 4:
INSTRUMENTO
“FACTORES PRESENTES EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y EXISTENCIA DE DESCOMPENSACIÓN”

N° FICHA: _____

I. Factores Universales:

1. EDAD : _____ años.

Adulto joven (20 – 44 años)	<input type="checkbox"/>
Adulto Medio (45 – 64 años)	<input type="checkbox"/>
Adulto Mayor (65 y + años)	<input type="checkbox"/>

 2. SEXO : F M

3. Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus tipo 2 (PUEDE MARCAR MÁS DE 1 ALTERNATIVA).

	SI	NO	D	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermanos

II. Factor Específico, Área Sociocultural:

4. ESCOLARIDAD:

<input type="checkbox"/>	Sin Información.	<input type="checkbox"/>	Educación media.
<input type="checkbox"/>	Sin estudios.	<input type="checkbox"/>	Educación superior.
<input type="checkbox"/>	Educación básica.		

5. ¿CON QUIÉN VIVE?

<input type="checkbox"/>	Solo.
<input type="checkbox"/>	Con familiares.
<input type="checkbox"/>	Otros. ¿Quiénes? _____

6. SEGÚN RESPUESTA PREGUNTA ANTERIOR, CLASIFIQUE LA FAMILIA DEL ENTREVISTADO:

<input type="checkbox"/>	Nuclear.
<input type="checkbox"/>	Extendida.
<input type="checkbox"/>	Unipersonal.
<input type="checkbox"/>	Institucionalizado.

7. DENTRO DE SU FAMILIA, ¿QUÉ ROL DESEMPEÑA USTED? (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA ALTERNATIVA):

<input type="checkbox"/>	Proveedor.	<input type="checkbox"/>	Padre.	<input type="checkbox"/>	Esposo/a.	<input type="checkbox"/>	Hijo/a.	<input type="checkbox"/>	Otro _____
<input type="checkbox"/>	Quehaceres Domésticos.	<input type="checkbox"/>	Madre.	<input type="checkbox"/>	Abuelo/a.	<input type="checkbox"/>	Hermano/a		_____

8. SEGÚN RESPUESTA PREGUNTA ANTERIOR, CLASIFIQUE EL TIPO DE ROL QUE DESEMPEÑA LA PERSONA:

Instrumental. Expresivo. Ambos.

9. CONTESTE LAS SIGUIENTES 5 PREGUNTAS (FUNCIONALIDAD FAMILIAR: APGAR):

		NUNCA 0	A VECES 1	SIEMPRE 2
i.	¿Está satisfecho / a con la ayuda que recibe de su familia cuando Ud. tiene un problema?			
ii.	¿Conversan entre Uds. Los problemas que tienen en casa?			
iii.	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
iv.	¿Está satisfecho / a con el tiempo que su familia y Ud. permanecen juntos?			
v.	¿Siente que su familia lo quiere?			
Puntaje Total				

** SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO CLASIFICAR LA FAMILIA EN:

Normofuncional (7 – 10 puntos). Medianamente disfuncional (4 – 6 puntos). Disfuncional (0 – 3 puntos).

10. ACTUALMENTE SU SITUACIÓN LABORAL ES...:

Trabajando – Activo (Contestar pregunta 11 y 12). Jubilado – Pasivo.
 Cesante – Sin Trabajo. Labores de casa – Pasivo.

11. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA AL DÍA?:

1 a 4 horas. 5 a 8 horas. 9 a 12 horas.

12. ¿CUÁL ES LA PROCEDENCIA DE SU ALIMENTO?:

Del Hogar. Del trabajo. Otra.

13. CUANDO SE SIENTE ABRUMADO O TIENE PROBLEMAS, USTED CUENTA CON LA AYUDA DE... (PUEDE MARCAR MÁS DE 1 ALTERNATIVA):

Familiares Grupo de Pares.
 Organizaciones Comunitarias. Asociaciones de Autoayuda.
 Ayuda Profesional. Sin Ayuda.

III. Factor Específico, Área Biológica:

14. NIVEL DE COMPENSACIÓN (MARCAR ÚLTIMO VALOR REGISTRADO DE HbA1c O GLICEMIA EN AYUNA):

<u>HbA1c:</u>		<u>Glicemia en Ayuna:</u>	
<input type="checkbox"/>	<8% (Compensado).	<input type="checkbox"/>	<126 mg/dl (Compensado).
<input type="checkbox"/>	≥8% (Descompensado).	<input type="checkbox"/>	≥126 mg/dl (Descompensado).

15. AÑOS CON DIABETES:

<input type="checkbox"/>	1 – 2 años.	<input type="checkbox"/>	5 – 6 años.	<input type="checkbox"/>	9 - 10 años.
<input type="checkbox"/>	3 – 4 años.	<input type="checkbox"/>	7 – 8 años.	<input type="checkbox"/>	11 y más.

16. AÑOS EN CONTROL POR DIABETES:

<input type="checkbox"/>	1 – 2 años.	<input type="checkbox"/>	7 – 8 años.
<input type="checkbox"/>	3 – 4 años.	<input type="checkbox"/>	9 – 10 años.
<input type="checkbox"/>	5 – 6 años.	<input type="checkbox"/>	11 y más.

17. REGULARIDAD DE LA ASISTENCIA A CONTROLES DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

<input type="checkbox"/>	4 veces/año.	<input type="checkbox"/>	2 veces/año.
<input type="checkbox"/>	3 veces/año.	<input type="checkbox"/>	1 vez/año.

18. ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESTÁ UTILIZANDO ACTUALMENTE PARA EL CONTROL DE SU DIABETES?

<input type="checkbox"/>	Hipoglicemiante oral (seguir orden de preguntas).	<input type="checkbox"/>	Ambas (seguir orden de preguntas).
<input type="checkbox"/>	Insulinoterapia (omitir pregunta 25).	<input type="checkbox"/>	Ninguno (omitir pregunta 25).

19. ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA USTED TOMA MEDICAMENTOS (HIPOGLICEMIANTE) PARA SU DIABETES?

<input type="checkbox"/>	1 vez/día.	<input type="checkbox"/>	2 veces/día.	<input type="checkbox"/>	3 veces/día.	<input type="checkbox"/>	4 veces/día.
--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------

20. ¿CUANTOS COMPRIMIDOS EN TOTAL CONSUME USTED DIARIAMENTE? (CONSIDERAR TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE CONSUMEN AL DÍA):

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5 o más
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---------

IV. Factor Específico, Área Psicológica:

21. DE UNA ESCALA DE 1 A 10, ¿CÓMO SE SIENTE HOY DE SALUD? (CONSIDERANDO “1” MUY MAL Y “10” MUY

BIEN):

Muy bien (9 – 10 puntos).

Bien (7 – 8 puntos).

Regular (5 – 6 puntos).

Mal (3 – 4 puntos).

Muy mal (1 – 2 puntos).

V. Factor Específico, Funcionalidad en personas de 65 y más años:

22. SEGÚN EFAM, MARCAR GRADO DE FUNCIONALIDAD DEL ENTREVISTADO (OMITIR EN PERSONAS

MENORES DE 65 AÑOS):

Autovalente.

Autovalente sin riesgo.

Dependiente.

No evaluado.

ANEXO N° 5:

1. TABLAS

1.1 ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

a) Factores Universales

Tabla N° 1: Factor Universal, Edad

Grupo de Edad en Años	N°	%
20 - 44 Años	9	6,4
45 - 64 Años	50	35,7
65 y más Años	81	57,9
Total	140	100,0

Tabla N° 2: Factor Universal, Sexo

Sexo	N°	%
Femenino	96	68,6
Masculino	44	31,4
Total	140	100,0

Tabla N° 3: Factor Universal, Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus Tipo

Antecedente Familiar	N°	%
Si	73	52,1
No	44	31,4
Desconoce	23	16,4
Total	140	100,0

b) Factores Específicos

Tabla N° 4: Área Sociocultural, Escolaridad

Escolaridad	N°	%
Sin Información	1	0,7
Sin Estudios	4	2,9
E. Básica	64	45,7
E. Media	52	37,1
E. Superior	19	13,6
Total	140	100,0

Tabla N° 5: Área Sociocultural, Familia: Tipo de Familia

Familia	N°	%
Nuclear	85	60,7
Extendida	40	28,6
Unipersonal	13	9,3
Institucionalizado	2	1,4
Total	140	100,0

Tabla N° 6: Área Sociocultural, Familia: Funcionalidad Familiar

Funcionalidad	N°	%
Normofuncional	124	88,6
Medianamente disfuncional	9	6,4
Disfuncional	7	5,0
Total	140	100,0

Tabla N° 7: Área Sociocultural, Familia: Rol de la Persona Dentro de la Familia

Rol	N°	%
Instrumental	14	10,0
Expresivo	58	41,4
Ambos	68	48,6
Total	140	100,0

Tabla N° 8: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Situación Laboral

Situación Laboral	N°	%
Activo	31	22,1
Pasivo	51	36,4
Labores de Casa	56	40,0
Sin Trabajo	2	1,4
Total	140	100,0

Tabla N° 9: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Horas de Trabajo al Día

Horas	N°	%
1 y 4 horas	5	16,1
5 y 8 horas	11	35,5
9 y 12 horas	15	48,4
Total	31	100,0

Tabla N° 10: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Procedencia de la Alimentación

Procedencia de la Alimentación	N°	%
Hogar	18	58,1
Trabajo	10	32,3
Otros	3	9,7
Total	31	100,0

Tabla N° 11: Área Sociocultural, Redes de Apoyo

Grupo de Apoyo	N°	%
Familiares	65	46,4
Grupo de Pares	5	3,6
Dos o más Grupos	62	44,3
Sin ayuda	8	5,7
Total	140	100,0

Tabla N° 12: Área Biológica, Nivel de Compensación

Nivel Compensación	N°	%
Compensado	94	67,1
Descompensado	46	32,9
Total	140	100,0

Tabla N° 13: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2

Años	N°	%
1 a 2 años	16	11,4
3 a 4 años	11	7,9
5 a 6 años	23	16,4
7 a 8 años	13	9,3
9 a 10 años	18	12,9
11 y más años	59	42,1
Total	140	100,0

Tabla N° 14: Área Biológica, Asistencia a Control en el Último Año

Asistencia (Controles al año)	N°	%
1 Vez al año	11	7,9
2 Veces al año	14	10,0
3 Veces al año	46	32,9
4 Veces al Año	69	49,3
Total	140	100,0

Tabla N° 15: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Tipo de Tratamiento

Tipo	N°	%
Hipoglicemiente Oral	111	79,3
Insulinoterapia	5	3,6
Ambas	3	2,1
Ninguna	21	15,0
Total	140	100,0

Tabla N° 16: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Hipoglicemiantes Orales Diarios

Veces al día	N°	%
1 Vez	21	18,4
2 Veces	59	51,8
3 Veces	31	27,2
4 Veces	3	2,6
Total	114	100,0

Tabla N° 17: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Cantidad de Medicamentos Diarios

Cantidad Diaria	N°	%
0 Medicamentos	3	2,1
1 Medicamentos	5	3,6
2 Medicamentos	11	7,9
3 Medicamentos	19	13,6
4 Medicamentos	31	22,1
5 y más Medicamentos	71	50,7
Total	140	100,0

Tabla N° 18: Área Psicológica, Percepción del Estado de Salud

Percepción	N°	%
Muy bien	34	24,3
Bien	68	48,6
Regular	31	22,1
Mal	6	4,3
Muy mal	1	0,7
Total	140	100,0

Tabla N° 19: Funcionalidad en Personas de 65 y más Años

Funcionalidad	N°	%
Autovalente	11	13,6
Autovalente con Riesgo	8	9,9
Dependiente	8	9,9
No Evaluado	54	66,7
Total	81	100,0

1.2. ANTECEDENTES DE LAS PERSONAS DESCOMPENSADAS

a) Factores Universales

Tabla N° 20: Factor Universal, Edad en descompensados

Grupo de Edad en Años	N°	%
20 - 44 Años	5	10,9
45 - 64 Años	17	37,0
65 y más Años	24	52,2
Total	46	100,0

Tabla N° 21: Factor Universal, Sexo en descompensados

Sexo	N°	%
Femenino	33	71,7
Masculino	13	28,3
Total	46	100,0

Tabla N° 22: Factor Universal, Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2 en Descompensados

Antecedentes Familiares	N°	%
Si	23	50,0
No	15	32,6
Desconoce	8	17,4
Total	46	100,0

b) Factores Específicos

Tabla N° 23: Área Sociocultural, Escolaridad en descompensados

Escolaridad	N°	%
Sin Información	1	2,2
Sin Estudios	0	0,0
Con Estudios	45	97,8
E. Básica	18	39,1
E. Media	17	37,0
E. Superior	10	21,7
Total	46	100,0

Tabla N° 24: Área Sociocultural, Familia: Tipo de Familia en Descompensados

Tipo de Familia	N°	%
Nuclear	85	60,7
Extendida	40	28,6
Unipersonal	13	9,3
Institucionalizado	2	1,4
Total	140	100,0

Tabla N° 25: Área Sociocultural, Familia: Funcionalidad Familiar en descompensados

Funcionalidad Familiar	N°	%
Normofuncional	42	91,3
Medianamente Disfuncional	1	2,2
Disfuncional	3	6,5
Total	46	100,0

Tabla N° 26: Área Sociocultural, Familia: Rol de la persona en la Familia en Descompensados

Rol	N°	%
Instrumental	6	13,0
Expresivo	18	39,1
Ambos	22	47,8
Total	46	100,0

Tabla N° 27: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Situación Laboral en Descompensados

Situación Laboral	N°	%
Activo	10	21,7
Pasivo	16	34,8
Labores de Casa	19	41,3
Sin Actividad	1	2,2
Total	46	100,0

Tabla N° 28: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Horas de Trabajo al Día en Descompensados

Horas al día	N°	%
1 a 4 Horas	3	30,0
5 a 8 Horas	1	10,0
9 a 12 Horas	6	60,0
Total	10	100,0

Tabla N° 29: Área Sociocultural, Actividad Laboral: Procedencia de la Alimentación en Descompensados

Procedencia de los Alimentos	N°	%
Hogar	5	50,0
Trabajo	2	20,0
Otros	3	30,0
Total	10	100,0

Tabla N° 30: Área Sociocultural, Redes de Apoyo en Descompensados

Grupo de Apoyo	N°	%
Familiares	24	52,2
Grupo de Pares	2	4,3
Dos o más Grupos	3	6,5
Sin ayuda	17	37,0
Total	46	100,0

Tabla N° 31: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2 en Descompensados

Años	N°	%
1 a 2 Años	3	6,5
3 a 4 Años	2	4,3
5 a 6 Años	8	17,4
7 a 8 Años	7	15,2
9 a 10 Años	4	8,7
11 y más Años	22	47,8
Total	46	100,0

Tabla N° 32: Área Biológica, Asistencia a Control en el Último Año en Descompensados

Asistencia (controles al año)	N°	%
1 Vez al año	2	4,3
2 Veces al año	4	8,7
3 Veces al año	18	39,1
4 Veces al Año	22	47,8
Total	46	100,0

Tabla N° 33: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Tipo de Tratamiento en Descompensados

Tipo de Tratamiento	N°	%
Hipoglicemiante Oral	38	82,6
Insulinoterapia	2	4,3
Ambas	2	4,3
Ninguno	4	8,7
Total	46	100,0

Tabla N° 34: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Cantidad de Hipoglicemiantes Diarios en Descompensados

Cantidad	N°	%
1 Vez	5	12,5
2 Veces	20	50,0
3 Veces	13	32,5
4 Veces	2	5,0
Total	40	100,0

Tabla N° 35: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico: Cantidad de Medicamentos Diarios en Descompensados

Cantidad	N°	%
0 Medicamentos	1	2,2
1 Medicamentos	2	4,3
2 Medicamentos	4	8,7
3 Medicamentos	6	13,0
4 Medicamentos	8	17,4
5 y más Medicamentos	25	54,3
Total	46	100,0

Tabla N° 36: Área Psicológica, Percepción del Estado de Salud en Descompensados

Percepción del Estado de Salud	N°	%
Muy bien	12	26,1
Bien	25	54,3
Regular	6	13,0
Mal	2	1,2
Muy mal	1	2,2
Total	46	96,8

Tabla N° 37: Funcionalidad en Personas de 65 y más Años en Descompensados

Funcionalidad	N°	%
Autovalente	2	8,7
Autovalente con Riesgo	0	0,0
Dependiente	3	13,0
No Evaluado	18	78,3
Total	23	100,0

1.3. COMPENSADOS V/S DESCOMPENSADOS POR CATEGORIA

a) Factores Universales

Tabla N° 38: Factor Universal, Edad Compensados v/s Descompensados

Grupo de Edad en Años	N°		N°		Total	% Total
	Compensados	%	Descompensados	%		
20 - 44	4	44,4	5	55,6	9	100,0
45 - 64	33	66,0	17	34,0	50	100,0
65 y más	57	70,4	24	29,6	81	100,0
Total	94	67,1	46	32,9	140	100,0

Tabla N° 39: Factor Universal, Sexo Compensados v/s Descompensados

Sexo	N°		N°		Total	% Total
	Compensados	%	Descompensados	%		
Femenino	63	65,6	33	34,4	96	100,0
Masculino	31	70,5	13	29,5	44	100,0
Total	94	67,1	46	32,9	140	100,0

b) Factores Específicos

Tabla N° 40: Área Sociocultural, Familia: Tipo de Familia Compensados v/s Descompensados

Tipo de Familia	N°		N°		Total	% Total
	Compensados	%	Descompensados	%		
Nuclear	59	69,4	26	30,6	85	100,0
Extendida	25	64,1	14	35,9	39	100,0
Unipersonal	8	57,1	6	42,9	14	100,0
Institucionalizado	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Total	94	67,1	46	32,9	140	100,0

Tabla N° 41: Área Sociocultural, Redes de Apoyo Compensados v/s Descompensados

Grupo de Apoyo	N° Compensados	%	N° Descompensados	%	Total	% Total
Familia	41	63,1	24	36,9	65	100,0
Grupo de Pares	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Dos o más Grupos	45	72,6	17	27,4	62	100,0
Sin Ayuda	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Total	94	67,1	46	32,9	140	100,0

Tabla N° 42: Área Biológica, Años con Diabetes Mellitus Tipo 2 Compensados v/s Descompensados

Años	N° Compensados	%	N° Descompensados	%	Total	% Total
1 a 2	13	81,3	3	18,8	16	100,0
3 a 4	9	81,8	2	18,2	11	100,0
5 a 6	15	65,2	8	34,8	23	100,0
7 a 8	6	46,2	7	53,8	13	100,0
9 a 10	14	77,8	4	22,2	18	100,0
11 y más	37	62,7	22	37,3	59	100,0
Total	94	67,1	46	32,9	140	100,0

Tabla N° 43: Área Biológica, Asistencia a Control en el Último Año Compensados v/s Descompensados

Asistencia (Controles al año)	N° Compensados	%	N° Descompensados	%	Total	% Total
1	9	81,8	2	18,2	11	100,0
2	10	71,4	4	28,6	14	100,0
3	28	60,9	18	39,1	46	100,0
4	47	68,1	22	31,9	69	100,0
Total	94	67,1	46	32,9	140	100,0

Tabla N° 44: Área Biológica, Tratamiento Farmacológico Hipoglicemiantes Orales Diarios Compensados v/s Descompensados

Veces al Día	N° Compensados	%	N° Descompensados	%	Total	% Total
1	16	76,2	5	23,8	21	100,0
2	39	66,1	20	33,9	59	100,0
3	18	58,1	13	41,9	31	100,0
4	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Total	74	64,9	40	35,1	114	100,0

ANEXO N° 6:

1. GRAFICOS

Gráfico N°45: Tipo de Rol Según Sexo

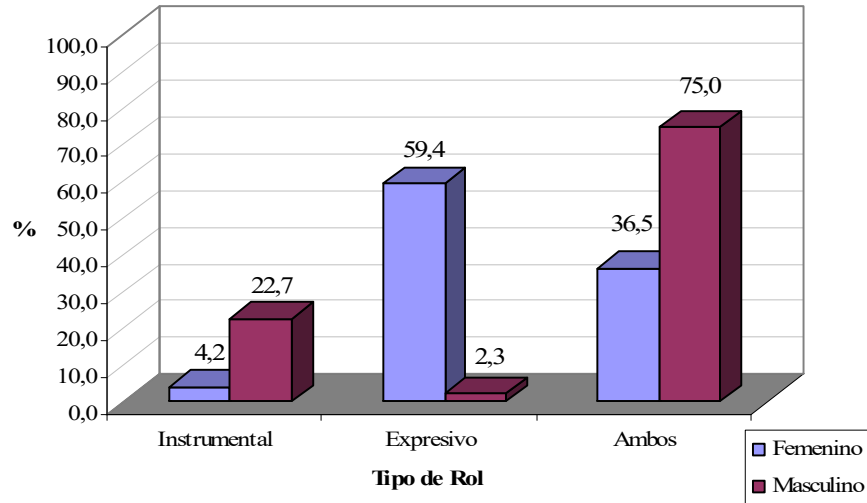


Gráfico N°46: Tipo de Rol Según Edad

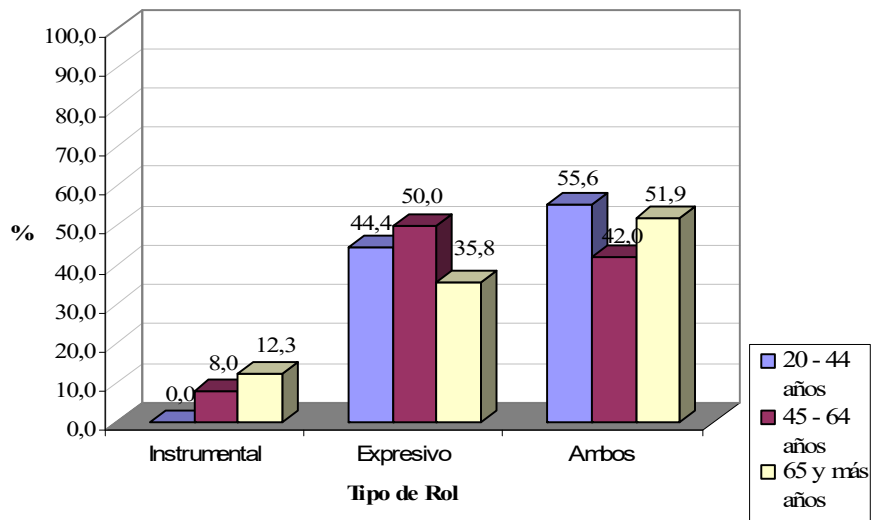


Gráfico N°47: Área Biológica, Años en Control por Diabetes Mellitus Tipo 2

