



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**SABERES Y PRÁCTICAS DE LA PERSONA CON
DIABETES TIPO 2: IMPLICANCIAS PARA EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. ENF. GABY SONIA CHAVEZ ZEGARRA

ASESORA:

DRA. ENF. YOLANDA RODRIGUEZ NÚÑEZ DE GUZMAN

CO ASESORA:

DRA. ENF. NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

LIMA- PERÚ

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**SABERES Y PRÁCTICAS DE LA PERSONA CON
DIABETES TIPO 2: IMPLICANCIAS PARA EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. ENF. GABY SONIA CHAVEZ ZEGARRA

ASESORA:

DRA. ENF. YOLANDA RODRIGUEZ NÚÑEZ DE GUZMAN

CO ASESORA:

DRA. ENF. NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM

LIMA- PERÚ

2016

**SABERES Y PRÁCTICAS DE LA PERSONA CON
DIABETES TIPO 2: IMPLICANCIAS PARA EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA
MGTR. ENF. GABY SONIA CHAVEZ ZEGARRA**

JURADO EVALUADOR

Dr. Fredy Hernan Polo Campos

Presidente

Dra. Maria Elena Gamarra Sánchez

Secretaria

Dra. Carmen Leticia Gorriti Siappo

Miembro

Dra. Yolanda Rodríguez Núñez

Asesora

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios, pues con su bendición me ha permitido continuar con mi vida y llegar hasta esta parte del camino.

Al personal de enfermería y asegurados atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- RAA- EsSalud, por haberme acogido desde estudiante y profesional enfermera, y haberme brindado las oportunidades para mi desarrollo personal y profesional.

A la Dra. Magda Nuñez Vargas; por sus sabias enseñanzas y guía para la culminación de la tesis y asesoría en la elaboración del informe final.

A mi Co asesora: Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim, Docente de la Escuela de Enfermería Anna Nery, de la Universidad de Rio de Janeiro, por su apoyo, guía y seguimiento en el desarrollo de la tesis.

A mi asesora: Dra. Yolanda Rodríguez Núñez, por ser un ejemplo a seguir como: persona, enfermera y docente de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

LA TESISISTA

DEDICATORIA

A los amores de mi vida:

Jorge mí adorado esposo y gran amigo, y mis hijos: Jorge Alberto y Vanessa

Sue, por su acompañamiento, comprensión y apoyo incondicional.

A mis queridos padres: Rubén y Teresa quienes me enseñaron con su ejemplo.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **objeto de estudio**: los saberes y prácticas de la persona con DM-2 y su implicancia para el cuidado de enfermería.

Objetivos: Describir los saberes de la persona con DM 2 acerca de la enfermedad y los cuidados requeridos. Analizar las prácticas de cuidado que realiza de acuerdo a sus saberes. Discutir las implicancias de conocer sus saberes y prácticas como aporte para el cuidado de enfermería. Tuvo como fundamentos filosóficos para conceptualizar el cuidado de enfermería la contribución teórica de Jean Watson, y para contextualizar los saberes y prácticas se analiza los aportes de Paulo Freire. Estudio cualitativo método descriptivo exploratorio. Los participantes fueron 23 personas adultas con DM-2. El escenario de la investigación fue el Consultorio Externo de Endocrinología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud. Para la recolección de datos se realizó la entrevista abierta a profundidad y se procedió con el análisis de contenido. Los resultados presentaron tres (03) categorías temáticas: Saberes de las personas con DM 2 sobre el proceso Salud/ Enfermedad, Prácticas para el (auto) control de la enfermedad y Expresión de sentimientos y su relación con los saberes y prácticas de la persona con DM 2. Los saberes de las personas sobre la DM 2 emergen fragmentados y revelan que las personas entrevistadas se centran en medidas instrumentales de control dietético y prevención de las complicaciones, sin visualizar espacios de diálogo con los profesionales, donde se generen propuestas de cambio de mayor alcance. **Consideraciones finales:** Las personas con DM 2 a pesar de saber lo

que tienen que hacer para mantener la glucosa normal, presentan patrones conductuales desordenados en su estilo de alimentación, realizan escasa actividad física, e inadecuada adherencia al tratamiento, lo que afecta su estado emocional y determina un inadecuado control de la enfermedad. Los resultados corroboran que el empoderamiento y las acciones que la persona con diabetes asume al respecto de su enfermedad permiten el no control de la misma. Es esencial que las enfermeras conozcan lo que saben y cómo se cuidan las personas con DM 2. El diálogo con ellos permite cambios para ayudar a mejorar su estilo de vida que contribuyen a tener una buena calidad de vida.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, saberes y prácticas en DM 2.

ABSTRACT

This investigation had as its **study objective**: the knowledge and practices of people with DM 2 and its implications in nursing care. **Objectives**: Describe the knowledge of the person with type 2 diabetes about the disease and care required. Analyze care practices carried out according to their knowledge. Discuss the implications of knowing their knowledge and practices as a contribution to nursing care. He had the philosophical foundations to conceptualize nursing care theoretical contribution of Jean Watson, and to contextualize knowledge and practical contributions of Paulo Freire is analyzed. Qualitative study with a descriptive exploratory **method**. The participants were 23 adults" people with DM 2. The scenario of the investigation was the Endocrinology Outpatient Office of the Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud National Hospital. The data was collected through an open in-depth interview which was processed through analysis of content the results. The **results** presented three (03) thematic categories: Knowledge of people with type 2 diabetes on the health / disease process, Practice for (auto) disease control and expression of feelings and their relationship with the knowledge and practices of people with DM 2 . Knowledge about people with DM 2 fragmented emerge and reveal that respondents focus on instrumental measures of dietary control and prevention of complications, without displaying spaces for dialogue with professionals, where proposals for change broader generated. **Final considerations**: Despite knowing what they need to do in order to keep their glucose at a normal level,

people with DM 2 present disorganized behavioral patterns with regards to their food intake, they perform limited physical activity , and they have an inadequate adherence to the treatment, which affects their emotional state and result in a deficient control of the disease. The results confirm that the empowerment and actions that people with diabetes take about their disease don't allow them to have control of the disease. It is vital that nurses are aware of the knowledge and care that people with DM 2 have and provide to themselves. This dialogue with them allows changes in order to help the improvement of their lifestyle which contributes to a good quality of life for them.

Key words: Nursing care, knowledge and practices in DM 2.

RESUMO

Esta investigação teve como **objeto de estudo**: saberes e práticas das pessoas com DM 2 e suas implicações para o cuidado de enfermagem. **Objetivos**: Descrever os saberes das pessoas com DM 2 sobre a doença e os cuidados requeridos. Analisar suas práticas de cuidado em conformidade aos seus saberes. Discutir as implicações de conhecer seus saberes e práticas como aporte ao cuidado de enfermagem. Estudo qualitativo, com aplicação do **método** exploratório descritivo. Os participantes foram 23 adultos com DM 2. O cenário da investigação foi o escritório ambulatorio de Endocrinologia do Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud. Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade e analisados por meio de análise de conteúdo. Os **resultados** apresentaram 03 (três) categorias temáticas: conhecimento das pessoas com diabetes tipo 2 sobre o processo saúde / doença, Prática de (auto) de controlo da doença e de expressão de sentimentos e sua relação com o conhecimento e práticas de pessoas com DM 2. O conhecimento sobre as pessoas com DM 2 fragmentado emergem e revelam que os entrevistados se concentrar em medidas instrumentais de controle dietético e prevenção de complicações, sem exibir espaços para o diálogo com os profissionais, onde as propostas de mudança mais ampla gerados. **Considerações finais**: Apesar de saber o que elas precisam fazer para manter a sua glicose em um nível normal, as pessoas com DM 2 apresentam padrões de comportamento desorganizado com relação a sua ingestão de alimentos, realizam atividade física limitada, têm uma adesão inadequada ao

tratamento, o que afeta o seu estado emocional, resultado do controle deficiente da doença. Os resultados corroboram que o empoderamento e as ações que as pessoas com diabetes assumem sobre a sua doença as permitem maior controle sobre a mesma. É vital que os enfermeiros estejam cientes sobre o que sabem e com se cuidam as pessoas com DM 2 têm e oferecem a si próprios. O diálogo com elas permite mudanças capazes de contribuir com a melhoria de seu estilo de vida e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, conhecimentos e práticas em DM 2.

ÍNDICE

	Págs.
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Resumen	vii
Abstract	ix
Resumo	xi
Índice	xiii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Problematización e importancia	02
1.2. Objeto del estudio	11
1.3. Preguntas Orientadoras	11
1.4. Objetivos del estudio	12
1.5. Justificación y relevancia del estudio	12
II. REFERENCIAL TEORICO CONCEPTUAL	
2.1. Contexto del objeto de estudio	15
2.2. Antecedentes del problema	17
2.3. Referencial conceptual	30
2.3.1. Aspectos conceptuales de la Diabetes Mellitus	30
2.3.2. Aspectos conceptuales sobre Saberes y Prácticas	39

2.4. Referencial teórico	48
2.4.1. Aportes del Cuidado Humano	48
2.4.2. Aportes de la filosofía de la educación de Paulo Freire	69
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de estudio	85
3.2. Método de investigación	86
3.3. Sujeto de la investigación	88
3.4. Escenario de estudio	91
3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos	92
- Técnica de recolección de datos	92
- Procesamiento de datos	94
3.6. Consideraciones éticas y de rigor científico	98
3.6.1. Consideraciones éticas	98
3.6.2. Rigor científico	99
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Características socio demográficas de los sujetos de estudio:	
Variables que influyen en la producción del discurso	103
4.2. Categorías temáticas	107
4.2.1. Saberes de las personas con DM 2 en el cotidiano sobre el proceso Salud/ Enfermedad	108

4.2.1.1. Saberes centrados en la experiencia práctica de la persona con diabetes	110
4.2.1.2. Atribución de la enfermedad a eventos de la vida cotidiana	113
4.2.1.3. Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y sus complicaciones	116
4.2.2. Prácticas de los saberes para el (auto) control de la enfermedad	121
4.2.2.1. Hábitos alimentarios que influyen en el control de la enfermedad	122
4.2.2.2. Tipos de actividades físicas que realizan las persona con DM 2	125
4.2.3. Expresión de sentimientos acerca de la enfermedad	128
V. COSIDERACIONES FINALES	135
Referencias Bibliográficas	141
Anexos	
1. Consentimiento informado	158
2. Instrumento de Recolección de Datos	159

CAPITULO I
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problematicación e Importancia

El presente estudio surgió a partir de una experiencia familiar, donde evidencí que desde hace más de 10 años, varios miembros de mi familia directa (adultos mayores) presentaron Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), los cuales por ser portadores de esta enfermedad tuvieron que realizar cambios en su estilo de vida. El adoptar dichos cambios les fue difícil, ya que estaban acostumbrados a comer de forma variada pero abundante, con mayor predominio de proteínas animales y carbohidratos, aunado a una escasa actividad física. Ellos también presentaron obesidad, y les costó adaptarse a una re-educación alimenticia, ya que sus hábitos y costumbres radicaban en la herencia cultural de sus ancestros.

Paralelamente, en el ámbito laboral, cuando me desempeñaba en la función de Enfermera Supervisora por más de 10 años en un hospital de nivel III, noté la frecuencia cada vez más acentuada de personas portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) en los diferentes servicios de hospitalización donde realicé rondas clínicas. Muchos de ellos presentaron complicaciones crónicas o agudas de la enfermedad, afectando su calidad de vida. Así mismo, se evidenció que las personas que acuden a sus controles médicos periódicos en forma ambulatoria, luego de la consulta son atendidos por la enfermera a cargo quien se limita a la administración del tratamiento médico indicado y solo brinda educación básica sobre la enfermedad.

Para corroborar esta situación, entrevisté a las personas con DM 2 que asistieron a sus controles médicos programados en la consulta externa, a quienes cuando se les pregunto sobre estilos de vida, la mayoría refirió falta de costumbre de realizar ejercicios y una dieta inadecuada ya que les era difícil mejorar estas conductas, así mismo indicaron que sintieron que esta situación generó angustia y desesperanza. Algunos de ellos expresaron: *“Seguir la dieta es difícil”*; *—Como mi dieta, pero de vez en cuando como también alguno de los alimentos que le han prohibido*; *—Me siento triste porque no puedo hacer todo lo que antes hacía, esta enfermedad me limita”*, *“Él médico me dice no haga esto, no coma aquello, tome su medicina, esto cansa”*, *—Debo hacer dieta y ejercicios, pero yo me siento bien, no tengo molestias”*, *—me controlo la glucosa en casa con mi maquinita pero no siempre está bien el resultado, entonces me cuida”*, *—No hago ejercicios porque no tengo fuerza y siempre estoy cansado, solo cuido mi dieta”*, *—Pienso que me dio esta enfermedad por descuido en la alimentación”*, *—Yo vengo a la consulta porque mis hijos me obligan, yo no siento nada, estoy bien de salud”*, entre otros.

En la observación de las(os) enfermeras(os) que brindan cuidados de enfermería a estas personas en la Consulta Externa, se evidenció que el cuidado que brindan está centrada en la satisfacción de las necesidades biológicas y la administración del tratamiento indicado, como consecuencia de la diversidad de labores encomendadas en su diario quehacer, derivadas de la recarga de trabajo debido al número de pacientes atendidos. También se evidenció una rutinización del trabajo, dejando de lado el cuidado de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y culturales, los cuales conforman al ser

humano en su totalidad; olvidando el sentido humanístico de la atención y generando en la persona atendida sentimientos de frustración y descontento.

Se sabe que la DM 2 representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo. Algunos organismos de salud la consideran una pandemia creciente (1), por lo que la consideran un problema de salud pública. Al inicio de la década del 90 se reportaron estudios que evidenciaron la preocupación por el avance de la DM comprometiendo a otros aspectos causales, remarcados por Seclen et al (2), cuando manifestaron que: *La Diabetes Mellitus es una enfermedad emergente debido al efecto que el progreso trajo a la sociedad el siglo XX; es decir, su prevalencia fue en paralelo con el incremento de la obesidad y sedentarismo.*

La Organización Mundial de la Salud y de la Federación Internacional de Diabetes (1) señaló que: *En el año 1995 existían aproximadamente 110 millones de pacientes diabéticos, con una franca tendencia de incremento que llegó a 240 millones para el año 2010.*

Así mismo la Federación Mundial de Diabetes (3) afirmó que:

Para el año 2030 esta cifra se calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas con alto riesgo. Tres de cada cuatro personas con diabetes viven hoy en países de ingresos medios y bajos.

Cabe mencionar que a mediados del año 90 en la declaración de las Américas sobre la diabetes se planteó que:

“Cuando esta enfermedad está mal controlada, representó una pesada carga económica para el individuo, la familia y la sociedad, y que

dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud.¶ (4).

Es importante destacar que la DM se ha convertido en una de las mayores dolencias del siglo XXI y una de las más costosas para los sistemas sanitarios. Esto se debe a que un número creciente de personas en el mundo no han tomado conciencia de esta enfermedad, como lo señala Amezcua (5) quien refirió que:

—El proceso de la enfermedad crónica afecta no sólo a la persona enferma, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares, principalmente, e incluso al entorno social más próximo de las personas, ya que la familia es el pilar básico de la persona enferma e interviene en la adaptación, aceptación y reacciones de la persona ante la enfermedad.¶

Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante porque incrementa la demanda de atención en los servicios de salud en el área ambulatoria y hospitalización, además provoca ausentismo laboral, discapacidad y morbilidad producto de las complicaciones agudas o crónicas de la enfermedad, como lo menciona Deuma y Salinas (6):*“La diabetes mellitus representa un problema de salud pública mundial y es considerada como una de las enfermedades crónicas que tuvo gran emergencia en la última década, siendo catalogada como una epidemia.”*

El impacto de la DM-2 en la sociedad y los individuos esta subestimado teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica que no tiene cura, como lo refiere Selli, et al (7):

—La Diabetes Mellitus se ha convertido en uno de los más importantes problemas de la humanidad, y una causa significativa de enfermedad y

muerte en todos los países y una de las que más ha aumentado en el último cuarto de siglo. Ha matado a más personas que todas las guerras en dicho periodo.¶

Es por ello que el diagnóstico precoz, un tratamiento eficiente y la educación para el autocontrol pueden prevenir o retrasar notablemente sus complicaciones y salvar vidas.

Uno de los mayores desafíos en el manejo de esta enfermedad es la adherencia al tratamiento, el cual probablemente se derive de la falta de información sobre el correcto manejo y control de la enfermedad, como lo afirma García (8) al mencionar que:

—La baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, por las creencias erróneas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen sobre esta enfermedad.¶

De acuerdo a lo referenciado, la DM 2 constituye en una de las amenazas más grandes para la salud de las poblaciones en todo el mundo, siendo necesario destacar el impacto de esta enfermedad en América Latina, es así que la OMS. (1) estimó que:

—El número de casos de diabetes en América latina fue de 13.3 millones en el año 2000, se espera que esta cifra aumente a 32.9 millones para el año 2030 (más del doble de casos), siendo la cuarta causa de muerte en el 2011, lo cual correspondió al 5% de las muertes totales; como resultado del fenómeno de envejecimiento poblacional y del estilo de vida nocivo. Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo

laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas¶.

Esta afirmación demuestra que la diabetes ha aumentado aceleradamente y que la DM 2 es la de mayor incidencia, la cual cuando no es tratada adecuadamente puede causar complicaciones que pueden conducir a la persona a la muerte y con ello incrementar el índice de morbimortalidad. Para satisfacer esta necesidad, los servicios de salud deben contar con personal de enfermería capacitado para contrarrestar esta demanda de las personas con esta enfermedad.

En el Perú, la DM 2 produce un impacto socio económico importante como lo afirma Seclen (2) desde el inicio de la década del 90, cuando afirmo que:

“En el Perú la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados. También afectó a más de un millón de peruanos y menos de la mitad fueron diagnosticados.¶

Por ello la DM 2 ha sido incluida en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, establecida desde el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA que tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, y facilitar la prevención y atención de la salud de las personas, en el marco de la Atención Integral de Salud.

La prevalencia de la DM 2 para el 2013, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (9), reportó que:

—En el Perú, la diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad, calculando una prevalencia nacional cercana al 8% y en Lima alrededor del 10%.‖

La DM tiene importancia particular porque afecta a las personas de cualquier edad, sexo o condición socioeconómica, y las personas que tienen un mal control de la enfermedad están en riesgo de presentar complicaciones agudas o crónicas, acortando la vida productiva de las mismas como lo afirma Arbañil, (10) al mencionar que:

“La diabetes es un problema de salud pública en el Perú, pues ocho de cada cien peruanos mayores de 18 años, que viven en zonas urbanas de la costa, padecen de diabetes mellitus debido a la falta de actividad física y la inadecuada alimentación.‖

Ante esta situación el Seguro Social del Perú (EsSalud), como parte del Sistema de Salud del país, a través de la Gerencia General de EsSalud, en el marco del Modelo Integral de Salud, decidió fortalecer la atención de salud a la población asegurada, desarrollando el Plan Nacional de Prevención (11) en el cual informa que:

—En el año 2010, se presentaron 18,245 casos nuevos de DM, significando un riesgo de enfermar de 211 casos por cada 100,000 asegurados. El riesgo se incrementa a medida que aumenta la edad, de un riesgo de 208 por cada 100,000 asegurados de 40 a 49 años, hasta 932 por cada 100,000 asegurados en el grupo de 70 a 79 años. Así mismo esto ocasiono una pérdida de 44,213 años de vida saludable en la población asegurada, afectando en mayor proporción a los grupos de 45 a 59 años. Se comporta como un daño predominantemente discapacitante.‖

Esta información se corrobora con lo reportado por la a Oficina de Gestión y Desarrollo e Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) de EsSalud (12) en sus informes estadísticos del año 2014 al afirmar que la DM es la séptima causa de atención en la Consulta Externa, equivalente al 2.41% de asegurados. y de ellos el 1.7% requirieron hospitalización.

Es así que el componente preventivo es muy importante en el combate contra esta enfermedad y debe estar centrado en fortalecer estrategias de prevención de la diabetes que modifiquen los estilos de vida de la población respecto a sus hábitos alimentarios, ejercicio físico y educación. Estas estrategias deben estar dirigidas a pacientes con participación de su familia y la comunidad; fortalecer las competencias del personal de salud para un mejor tratamiento preventivo y recuperativo en Diabetes e implementar un sistema de vigilancia oportuno y de calidad que correspondan a la magnitud y tendencias de la Diabetes y sus factores de riesgo.

Por ello, el cuidado que brinda la enfermera en el área de Consulta Externa a una persona con DM 2, evidencia en la práctica que se da poca importancia a la búsqueda de estrategias educativas que incrementen las capacidades de auto cuidado necesarias para que la persona diabética conozca todo acerca de la enfermedad y adquiera habilidades para saber qué hacer. Esto se puede lograr mediante cambios de conducta que coincidan con llevar un control de su tratamiento, y seguir la dieta y ejercicios prescritos, trasformando de esta manera su estilo de vida como un elemento importante de éxito para el mantenimiento de sus funciones y calidad de vida.

La Federación Internacional de Diabetes (13) señala *que los diabéticos juegan un papel fundamental en el abordaje de su enfermedad*. Por ello, la adecuación para el diabético, es una parte integral de su cuidado. La meta de la educación del diabético es apoyar sus esfuerzos para entender la naturaleza de su enfermedad y tratamiento.

En este sentido, el apoyo educativo de enfermería y su potencial de intervención debe ser orientado en forma continua y permanente como una estrategia para adquirir conocimientos mediante programas educativos que incrementen la capacidad de autocuidado de la persona diabética y por consiguiente impacte la mejoría de su calidad de vida a través de cambios conductuales saludables.

Es así que resulta necesario que la enfermera participe activamente no solo en el cuidado de los problemas fisiológicos derivados de la enfermedad, sino que debe resaltar la participación en la educación del paciente sobre la diabetes y la prevención de sus posibles complicaciones, como lo describe Deuma et al (6) quien afirma que:

“Las personas con un mal control de su enfermedad están en mayor riesgo de incidencia de ataques cardíacos, ataques cerebrales, ceguera, falla renal, amputación de extremidades y muerte prematura. No sólo su vida productiva se acorta, sino su calidad de vida y la de sus familias se ve severamente afectada. La evidencia científica demuestra claramente que mucho de este sufrimiento puede ser prevenido.”

La DM 2 es una enfermedad crónica tratable y controlable, pero no curable, que requiere de un tratamiento integral, en el que la participación del enfermo resulta fundamental, pero esta sólo puede lograrse a través de un

proceso educacional que durará el resto de su vida. En dicha labor interviene todo el equipo de salud, en el que el profesional enfermero(a) constituye un elemento esencial.

Ante esta problemática de salud pública, el profesional enfermero(a) debe buscar alternativas que impulsen acciones o medidas para promover la educación para la salud del diabético, con el objetivo de lograr que este sea su propio agente de cuidado.

Ante todo lo expuesto anteriormente, surge de esta manera el siguiente objeto de estudio:

1.2. Objeto de estudio

El objeto de este estudio está referido a los saberes y prácticas de la persona con DM 2, y su implicancia para el cuidado de enfermería.

1.3. Preguntas Orientadoras:

1. ¿Cuáles son los saberes de las personas con DM 2 acerca de la enfermedad y los cuidados requeridos?
2. ¿Qué prácticas realizan las personas con DM 2 para su cuidado?
3. ¿Cuál es la implicancia de conocer sus saberes y prácticas como aporte para el cuidado de enfermería?

1.4. Objetivos del estudio:

- Describir los saberes de la persona con DM 2 acerca de la enfermedad y los cuidados requeridos.
- Analizar las prácticas de cuidado que realiza de acuerdo a sus saberes.
- Discutir las implicancias de conocer sus saberes y prácticas como aporte para el cuidado de enfermería.

1.5. Justificación y relevancia del estudio:

El presente trabajo investigativo surgió de la observación durante el día a día, identificando una gran demanda de personas con DM 2 en el área de Consulta Externa, ya que se debe considerar que todas las personas enfermas son seres humanos con sentimientos, que se ven afectados por la enfermedad.

Aunque existen muchos trabajos de investigación sobre este tema con un abordaje cuantitativo y guías de cuidados, predominando el tema de la enfermedad y cómo afecta a la persona; existe poca información sobre las personas que padecen de DM 2.

Su justificación se encuentra en la sistematización de la información relevante sobre las experiencias en el cuidado de la persona con DM 2 atendidos en la consulta externa del HNGAI. Esta información respecto a esta realidad específica permitirá generar nuevas ideas de investigación sobre las condiciones en las que las personas con DM 2 son atendidos en esta institución, y si esta atención permitió mejorar el cuidado de la salud.

Los resultados obtenidos tras esta investigación se aplicarán a todas las personas con DM 2 atendidos en la Consulta Externa. Éstos se verán beneficiados en términos de mejora de su asistencia, mayor disponibilidad de información sobre el proceso evolutivo de la enfermedad, los cuidados que debe realizarse en este tipo de personas, a fin de ayudar en el mejoramiento de la calidad de vida de la persona con DM 2.

El aporte de esta investigación hacia la sociedad se centra en que permite que el adulto diabético conozca la relevancia de su participación en el cuidado de la salud, instruyéndolo e impulsándolo a realizar cambios en su conducta destinados al mejoramiento de su calidad de vida, evitando de esta manera las complicaciones propias de esta enfermedad.

Finalmente, los resultados del presente estudio se harán llegar a las autoridades competentes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y del Departamento de Enfermería, respectivamente; para que se puedan tomar decisiones que permitan la implementación de planes estratégicos de mejora en el cuidado de salud y calidad de vida de las personas con DM 2.

CAPITULO II

REFERENCIA TEÓRICO CONCEPTUAL

CAPÍTULO II. REFERENCIA TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Contexto del estudio

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es una enfermedad crónica, responsable de un 90 a 95% de los casos de diabetes que cada día cobran mayor número de víctimas en el mundo. Representa un problema de salud pública tanto en países del primer mundo como en los subdesarrollados; genera un alto impacto social y económico que conduce a la disminución de la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como a la pérdida de años de vida productiva y de vida potencial a consecuencia de sus complicaciones (13). A su vez, implica considerables gastos del presupuesto de salud, principalmente en los servicios de segundo y tercer nivel de atención que atienden las complicaciones (6).

Por tanto, el componente preventivo es muy importante en el combate contra ésta enfermedad y debe estar centrado en fortalecer estrategias de prevención de la diabetes. Estas estrategias están dirigidas a personas con participación de la familia y la comunidad, y deben modificar los estilos de vida de la población respecto a hábitos alimenticios, ejercicio físico y educación; fortalecer las competencias del personal de salud para un mejor tratamiento preventivo y recuperativo de la Diabetes; e implementar un sistema de vigilancia oportuno y de calidad de acuerdo a la magnitud y tendencias de la Diabetes y sus factores de riesgo.

Por ello, la DM 2 ha sido incluida en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, que tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, y facilitar la prevención y atención de la salud de las personas, en el marco de la Atención Integral de Salud. La mayor prevalencia se encuentra en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo como el Perú; donde el cambio de nuestra pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población a consecuencia del modernismo y el avance tecnológico han impactado los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como: el cáncer, la diabetes mellitus, hipertensión arterial y ceguera. Esta Estrategia Nacional establece líneas de acción encaminadas a: formular y ejecutar políticas públicas eficaces, implementar sistemas de vigilancia, promover la salud y prevención de las enfermedades y realizar un control integrado de las enfermedades y factores de riesgo.

Según el Reglamento de la Ley N° 28553. Ley General de Protección a las Personas con Diabetes de la Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2006 (14);

“El Programa Nacional de Prevención y atención de pacientes con Diabetes Mellitus es el conjunto de procesos y acciones orientadas a la prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas con DM o en riesgo de DM con su participación activa así como de la familia y comunidad, para reducir

el impacto individual, social y económico de esta enfermedad en el país.¶

Es así también que surge el Plan Nacional de Prevención de EsSalud a través de su Gerencia General y como parte del sistema de salud del país.

Todo lo detallado anteriormente demuestra que la diabetes tiene muchas repercusiones en el aspecto biopsicosocial y espiritual de la persona. En el aspecto biológico, los síntomas que presentan varían de una persona a otra. La mayoría de las personas con diabetes presentan poliuria (aumento de la cantidad de orina excretada), polifagia (hambre inusual), polidipsia (sed inusual), desórdenes de la piel o infecciones, visión borrosa, adormecimiento de manos y pies, fatiga intensa; y en el aspecto sicosocial y espiritual afecta la calidad de vida de la persona y su familia.

2.2. Antecedentes del problema

En la revisión bibliográfica realizada, existen varios antecedentes sobre este tema, sin embargo para esta investigación se ha considerado aquellas investigaciones de tipo cualitativas, lo que representó una limitación para consignar antecedentes relacionados al tema de investigación a nivel nacional. El material encontrado los describe como una realidad frecuente.

A nivel internacional:

Merchán F. M. (15) Variables predictorias de las conductas de autocuidado en personas con DM 2, Alicante, España (2014). El objetivo general fue conocer la prevalencia de déficit de conductas de autocuidado en la

población adulta con DM 2 del área de salud de Cáceres y determinar los factores o variables asociados a dicho déficit. Estudio analítico observacional de corte transversal. La población de estudio fueron las personas mayores de 40 años con diagnóstico de DMT 2 que acuden a las consultas de enfermería de atención primaria del área de salud de Cáceres para su atención. La muestra estuvo conformada por 260 personas. La obtención de los datos fue a través de la entrevista personal mediante un cuestionario estandarizado elaborado para esta investigación que mide las acciones de autocuidado en cuanto al régimen terapéutico que la enfermedad impone. Los resultados fueron: Las características de la muestra fueron similares a las de otros estudios en poblaciones con DMT2. La media de edad fue de 68 años, con predominio de mujeres. Sólo un 15,8% tenían normo peso, la mitad sin estudios, el 80% convive con algún miembro de su familia, más de un tercio son amas de casa y el 42% de los participantes fueron diagnosticados de diabetes hace más de 10 años. El déficit de autocuidado lo presentaron el 49,8% para el cuidado de los pies, el 26,6% para el ejercicio, el 23,8% para el control de la glucemia, el 8,1% para la alimentación, el 6,2% para la asistencia a los controles y el 1,2% para el tratamiento farmacológico. El déficit de autocuidado se asoció en la alimentación con el sexo del paciente, el lugar de residencia y el sector profesional. En el ejercicio sólo con la edad, decreciendo el déficit a medida que aumenta la edad de las personas. En el autocuidado de los pies se relacionó con la situación laboral, los antecedentes familiares, haber tenido complicaciones por la diabetes, ser fumador y la edad, siendo los mayores de 70 años los que menos déficit presentaron. En el control de la glucemia el

autocuidado se relacionó con la duración de la diabetes, el índice de masa corporal, la información dada por el médico y la información escrita. En la asistencia a las consultas de control se asoció con que el paciente hubiera tenido complicaciones derivadas de su enfermedad. No se observó asociación entre el déficit de autocuidado en el tratamiento farmacológico y ninguna de las variables estudiadas. Para el 98,5% de los participantes, la principal fuente de información sobre los autocuidados de la diabetes fueron los profesionales sanitarios, manifestando el 92,3% que la información sobre los autocuidados recibida de la enfermera es suficiente. Todos habían recibido información individual y ninguno manifestó haber recibido información en grupo. Más de un tercio consideró que la información escrita es insuficiente, así como la información recibida por los familiares. Conclusiones: Las personas con DMT2 presentan déficits de autocuidado, siendo especialmente relevantes en el tratamiento no farmacológico. La prevalencia de déficit de autocuidado se asoció a factores individuales: no modificables por el sistema sanitario como la edad, sexo y situaciones laborales; modificables como el tabaquismo y el índice de masa corporal. A factores derivados de la enfermedad como el tiempo de evolución de la diabetes y padecer complicaciones. Así mismo, la prevalencia de déficits de autocuidado se asoció a factores del entorno sanitario en cuanto a la información proporcionada por los profesionales, la información escrita recibida por los pacientes y la información facilitada a los familiares. La identificación y comprensión de estos factores facilita diseñar e implementar estrategias adecuando de forma más efectiva el proceso de intervención educativa.

Gómez P.S. (16). Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible-ECNT-: diabetes y/o hipertensión en la ciudad de Cali. Colombia, 2013. Esta investigación aporta aspectos relevantes desde la perspectiva de la sociología médica que permiten caracterizar, más en detalle, el fenómeno de la aparición y tratamiento de estas enfermedades. Esta investigación realizó la reconstrucción del sentido y el significado que tuvo para 40 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, y/o DM 2, el proceso de enfermar y la enfermedad misma, sus prácticas cotidianas, la relación con el tratamiento y los aspectos de su trayectoria de vida que fueron determinantes. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), han sido estudiadas tradicionalmente desde el enfoque epidemiológico, centrados en la explicación de las causas y los factores asociados a su aparición. Pocas investigaciones se han ocupado de develar la manera en que las poblaciones viven la experiencia de enfermar. Tampoco se han mostrado las particularidades que viven y su relación con las condiciones del espacio social y cultural donde se desenvuelven las cuales también aportan a caracterizar estos padecimientos.

Vargas R.R. (17). Educación para facilitar la salud con la música: una estrategia de la atención y la investigación de enfermería con los sujetos con DM 2. Rio de Janeiro, 2013. Este fue un análisis convergente realizado en una Unidad Básica de Salud Familiar en la ciudad de Vitória, con el objetivo de implementar la Estrategia de Educación para la Salud en los grupos de los sujetos con DM tipo 2 utilizando la música como un recurso. Los participantes fueron 19 adultos, 40- 59 años de edad, quienes fueron divididos en tres

grupos: mujeres (9), hombres (5), y el género mixto (5). Se celebraron tres reuniones en cada grupo con propósitos específicos. Se aplicó el análisis del discurso. La tesis se basa en: Conceptos de la Educación de Paulo Freire; las dimensiones que integran cuidado humano de enfermería y transpersonal de Jean Watson; y en las reflexiones de Sekeff. Este estudio habla sobre la influencia de la música sobre la educación. La música ha permitido acercarse a los pensamientos y sentimientos del sujeto acerca de vivir con diabetes, y facilitó la integración entre ellos de modo que, juntos podrían reflexionar sobre sus experiencias de vida y cómo perciben la condición de ser diabético. Con las experiencias musicales, podrían reestructurar sus prácticas de atención y se les animó a buscar posibles cambios en el cuidado de sí mismos.

La aplicación de PCA y los resultados derivados de ella confirman que el uso de la música en la estrategia de educación para la salud establece potenciales característicos como la decodificación de las cuestiones acerca de la enfermedad y el autocuidado, la problematización en el dialógico, interacción con el personal de enfermería, y su redefinición. Las parodias actúan como una síntesis colectiva para el discurso de los sujetos a través de un proceso de conciencia crítica-reflexiva.

Sua C. L. (18), en su trabajo de investigación sobre Efectividad de una propuesta Educativa Participativa basada en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y ejercicio, en un grupo de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 en una localidad de Bogotá, Colombia, 2012. Estudio cuantitativo y cuasiexperimental, con una muestra de 10 adultos mayores con diagnostic de Diabetes. Se aplicó un programa educativo sobre tratamiento no medico en seis sesiones. Los resultados fueron los siguientes:

“La variable de conocimientos y prácticas obtuvieron valores críticos superiores al planteado, a diferencia de la variable de actitud, la cual no mostró cambios. La conclusión fue que el nivel de conocimientos aumentó de manera significativa, lo que permitió sin duda la inclusión de cambios dietéticos y la realización de actividad física. A pesar de que la actitud no evidenció una diferencia con respecto al pre-test, no tuvo una influencia negativa en los resultados del post-test con respecto a los cuestionarios ECODI e IMEVID” (18).

De Freitas S. C. (19) Práctica de autocuidado en personas con DM 2: implicancias para el cuidado clínico y educativo en enfermería. El cuidado de enfermería como ciencia se centra en la atención en el Ser humano en su ciclo de vida y en situaciones de enfermedades agudas y crónicas, como en el caso de la DM. Para el individuo con DM 2, se recomienda el desarrollo de habilidades de autocuidado para lograr un control metabólico adecuado, prevenir la aparición de las complicaciones y la calidad de vida. La atención clínica y educativa de enfermería favorecida por el Sistema de Apoyo de enfermería- Educación de Orem fundamenta las bases para el autocuidado

entendida como la práctica de las actividades realizadas por el individuo para su propio beneficio con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. El objetivo fue conocer las prácticas de autocuidado desarrolladas por las personas con DM 2 realizadas en un servicio de atención secundaria de salud de Fortaleza-CE-Brasil, estudio descriptivo transversal, la aplicación de una forma estructurada para 193 personas diabéticas que asistieron a la consulta de julio a septiembre de 2012 y que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados por el EPI-INFO, presentada en tablas y gráficos y discutió la luz de la teoría de los sistemas Apoyo a la Educación en Enfermería de Orem y la literatura nacional e internacional en la diabetes mellitus. Las prácticas de autocuidado de los encuestados se refieren tratamiento farmacológico, no farmacológico, tratamiento de las complicaciones enfermedad aguda y la atención de los miembros inferiores. Se concluye que la prácticas de autocuidado desarrollados son frágiles cuando se relaciona con La terapia no farmacológica y especialmente respecto a las complicaciones enfermedad aguda. Las mejores prácticas desarrolladas se refieren a la autocuidado con las extremidades inferiores, pero no había la presencia de factores riesgo con cambios neuropáticos, vasculares y de la piel. La viabilidad establecer una actividad educativa permanente centrado en el cuidado personal debería ser ampliamente discutido en los servicios que tienen las personas con el mismo características.

García R.C. y otros. (20) Resistencia frente a la enfermedad: relato de un cuerpo dañado por la diabetes en la comunidad de Santa Cruz, México, 2010. El objetivo fue comprender el punto de vista acerca de la enfermedad de

personas con diabetes mellitus tipo 2 en moradores de una comunidad del Estado de México. Se realizó un estudio con una aproximación etnográfica con ocho personas con diagnóstico de diabetes mellitus que fueron visitadas en sus hogares. Se empleó el análisis de contenidos a fin de indagar en forma reflexiva los temas culturales desde la perspectiva de los informantes con DM 2. La investigación se realizó en un centro de atención primaria de salud, participaron ocho personas que asistieron al consultorio de enfermería durante el periodo comprendido entre diciembre de 2009 y julio de 2010. Se respetaron los aspectos éticos propios de la investigación. Resultados: al escuchar las voces de los pacientes que viven con diabetes logramos introducirnos en el mundo de la enfermedad mediante sus relatos. Conclusiones: la aproximación etnográfica permite comprender el sentido que le dan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a su enfermedad, desde la perspectiva de sus creencias y hábitos. Tal como ellos lo relatan, con su experiencia logran resistir la persistencia de la enfermedad. El tema central entre las experiencias descritas fue la resistencia a la enfermedad. Los informantes narraron cómo sienten la enfermedad desde la raíz más profunda de su ser social. Existe tanta molestia que los sentimientos se expresan en estados de ánimo que van desde la tristeza, preocupación, miedo, desesperación, llanto llegando al límite de ya no querer vivir. Uno de los sentimientos que surgen es el de la culpa por los estilos de vida llevados, el enfrentamiento de situaciones penosas con actitudes negativas, en un intento de explicar su realidad.

Seabra R, A., Chávez V. G. y Carvalho T. H. (21). Una propuesta de educación permanente en salud en la actualización. Brasil, 2010. El objetivo del

estudio fue resaltar la experiencia de la educación permanente de salud en las actualizaciones del equipo de salud de la Unidad Básica de salud para la atención integral y humanizada a las personas con DM tipo 2. La metodología de elección para la capacitación de los equipos de salud fue la educación permanente sobre la diabetes, con enfoque en la problematización del proceso educativo y profesional. Se buscó así construir un programa de educación en diabetes apuntando a modificar y reorientar la práctica del equipo de salud. La educación permanente contribuyó a la integración de los individuos, fortaleció el compromiso profesional y desarrolló la conciencia del grupo. La experiencia de insertar la enseñanza en la rutina cotidiana de los equipos de salud favoreció el planteamiento entre universidades, servicio y comunidad, facilitando el planteamiento y la organización del programa educativo valorizando la faz interdisciplinaria.

A nivel nacional:

Gamboa Ch. C. (22) Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida, en su Dimensión Social en el Programa de Diabetes del HNMD 2013. La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración metabólica caracterizada por hiperglicemia y complicaciones micro y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad, tendiendo a producir estragos en la calidad de vida del paciente, evidenciando alteraciones en la percepción que el individuo percibe de esta. La presente tuvo como objetivo determinar la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes. El enfoque del estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método

descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes. Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNMD, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Llegando a la siguiente conclusión: La mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Mayeya P. P. (23). Conocimiento sobre diabetes y conductas alimentarias en pacientes con diabetes tipo II en atención ambulatoria del servicio de endocrinología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Abril 2011. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, prevalente en la población adulta, con tasas 2 veces más altas que los no latinos. Es importante establecer estrategias como la educación sobre la diabetes y la gravedad de la enfermedad; para así concientizar a los pacientes y lograr disminuir la incidencia de la diabetes mellitus. Objetivo General fue

determinar el nivel de conocimiento sobre la diabetes y las conductas alimentarias en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la atención ambulatoria del servicio de endocrinología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional, cuya sede fue en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, considerando una población no probabilística, tipo intencional de 305 pacientes; utilizándose como instrumento un cuestionario no estructurado constituido por: Datos Generales, Conocimiento, y Conductas Alimentarias. Los datos se recolectaron en las instalaciones del servicio ambulatorio de endocrinología entre marzo y abril de 2011. En el análisis de datos utilizado fue la Estadística Descriptiva. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Resultados: Se identificó que los pacientes no tienen conocimiento sobre la diabetes por lo tanto presentan conductas alimentarias inadecuadas predisponiéndoles a complicaciones.

Giove N. R. (24) Percepción de la diabetes mellitus por adultos diabéticos en la ciudad de Tarapoto, 2009-2011. La tesis explora el modelo explicativo de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) desde la metodología cualitativa, basándonos en entrevistas en profundidad y grupos focales realizadas entre agosto 2009 y abril 2011 a treinta y nueve adultos diabéticos en Tarapoto; el análisis de los conceptos y significados vertidos muestran su modelo etiológico y explicativo para la DM 2. La interacción de las dimensiones cognitiva, actitudinal, conductual y social, muestra un modelo con adecuado nivel cognitivo, en el cual destaca el concepto causal cuyo significado semántico tiene valor pronóstico e influye en las actitudes y

conductas. Algunas creencias y prejuicios instalados en el paciente y en su entorno, favorecerían el abandono del tratamiento. La actitud de los participantes evaluada mediante la percepción de la estabilidad y del daño global o específico, mostró que la negación es el principal método de afrontamiento. Pese al conocimiento teórico, las acciones no son siempre congruentes, respondiendo a factores emocionales, resultando insuficiente el autocuidado. La autovigilancia se basa en el auto observación, sin autoanálisis glicémico. El entorno social participa permanente y activamente. La familia, los allegados y los pares, conforman una red de apoyo, percibida como positiva por los pacientes, pero sin ayudar efectivamente al control glicémico. La atención en los servicios de salud y el rol de lo económico complementan el modelo. El itinerario terapéutico del paciente muestra la falta de límites precisos entre el estado de salud y enfermedad, acudiéndose a los sistemas formal e informal de salud. Las historias individuales nos muestran cómo la DM 2 se inserta en sus vidas y las modifica, en todos sus aspectos. El actual modelo biomédico de abordaje de la DM 2 no satisface las necesidades de los afectados, ni concuerda con el modelo explicativo hallado, requiriéndose un modelo médico multidimensional e integral, que incorpore lo psicológico y lo social, centrándose en el paciente y no en la enfermedad, y que incluya el diálogo transcultural y la presencia del entorno familiar en la relación médico – paciente. Priorizar las determinantes de la salud, enfatizando lo educativo, el empoderamiento familiar, el fomento de estilos de vida saludables, la adecuación de los servicios de salud son actividades que participarían, además de la necesaria voluntad política, para la adopción de un modelo preventivo

promocional dentro del programa de Atención Primaria para la DM 2, hacia el logro de la salud y el bienestar.

Alayo I. (25) Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital I Florencia de Mora- EsSalud. Trujillo -Perú, 2013. Este estudio de investigación es de tipo descriptivo - correlacional, se realizó durante los meses de Marzo – Agosto del 2013 en el Hospital I Florencia de Mora EsSalud Trujillo en el Programa de Diabetes, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora - EsSalud, Trujillo 2013 .Participaron 84 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se aplicaron 2 instrumentos: El primer cuestionario orientado hacia el nivel de conocimiento y el segundo hacia la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se observó que el 88.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 11.9% regular y el 0% deficiente; un 85.7% tienen práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y un 0% malo. Consecuentemente para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado ($X^2= 11.824$, con nivel de significancia $p = 0.001$) la cual es menor al 0.05 nivel estándar. Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.Hospital I Florencia de Mora - EsSalud, Trujillo 2013.

2.3. Referencial conceptual

Considerando el objeto de estudio, saberes y prácticas de la persona con DM 2, los conceptos teóricos abordados son:

2.3.1. Aspectos conceptuales de la Diabetes Mellitus

“La diabetes mellitus, es una enfermedad caracterizada por ser un problema de Salud Pública. Esta enfermedad es definida en el año de 1997 por la American Diabetes Association (ADA) como un síndrome clínico dentro del cual se asocian diferentes entidades nosológicas, término aceptado por la Organización mundial de la salud (OMS) quien la describe como” (18) (26):

“Una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. Por lo tanto, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.”

El origen y la etiología de la DM pueden ser muy diversos, pero conllevan inexorablemente la existencia de alteraciones en la secreción de insulina, en la sensibilidad a la acción de la hormona o bien en ambas en algún momento de su historia natural.

En el aspecto social, la diabetes tiene consecuencias considerables para la economía considerando que los más afectados son personas en edad laboral, por lo que muchas veces tienen que dejar de trabajar para asistir a sus controles y por las complicaciones que presentan. Así mismo, esto tiene consecuencias psicológicas, ya que el paciente y familia tienen que adaptarse a los síntomas

que presenta debido a que esto interfiere en las actividades familiares. Además, muchas personas se hospitalizan debido a las complicaciones que presentan, generando gastos a su familia y al hospital.

“ La ADA también propuso una clasificación en la que se incluyeron 4 categorías de pacientes y un 5° grupo de individuos que tienen glicemias anormales: diabetes Mellitus tipo 1 y 2, otros tipos específicos como diabetes gestacional, intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada” (18).

Referente a la diabetes mellitus tipo II (DM 2), la OMS (27) la define:

—Como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.”

“La DM 2 es una enfermedad que afecta el metabolismo del paciente; impidiendo un control apropiado de los niveles de glucemia y causando en el paciente una necesidad constante de mantener un equilibrio que impida la presencia de las consecuencias que con el tiempo, y sin el adecuado manejo, la enfermedad puede traer a future” (18).

“Así mismo, existen dos aspectos a considerar para adoptar los cambios adecuados de los niveles de azúcar en el paciente con DM 2. El primer tipo de tratamiento es el no farmacológico, el cual es especialmente importante, puesto que permite un manejo integral de la enfermedad; en el cual se controlan los síntomas de la afección con resultados eficaces que complementen satisfactoriamente a los tratamientos farmacológicos; prevengan la presencia de

complicaciones y mejoren la calidad de vida del paciente. En este tipo de tratamiento para los pacientes diabéticos encontramos como relevante la necesidad de la educación al individuo acerca de tres puntos importantes según las guías de la Asociación latinoamericana de la diabetes (ALAD) (28) de diagnóstico, control y tratamiento de la DM 2: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables” (18).

“En cuanto al tratamiento farmacológico implica la prescripción de medicamentos antidiabéticos orales a partir del estudio específico y monitoreo constante del paciente con el propósito de controlar los niveles de glicemia y reducir el riesgo de complicaciones. Sin embargo, este tratamiento al igual que el no farmacológico requiere primero que todo de la mejor disposición del equipo de salud al momento de realizar la comunicación, para lo cual se hace necesario el uso adecuado de herramientas para la comprensión acerca de la dosis, horario, uso y efectos del medicamento sobre el cuerpo y sobre la enfermedad” (28).

“Por otra parte, una buena adhesión al tratamiento está relacionada con el autocuidado del paciente con DM 2 en cuestiones de reducir la mortalidad y morbilidad originada por este tipo de enfermedad. Muchas veces el manejo adecuado en el proceso de la diabetes se ve afectado por la falta de adherencia a los tratamientos prescritos, ya sea la forma de tomar los medicamentos, los errores a la hora de recibir e interpretar la información dada por el personal de salud o la percepción de cada individuo sobre la gravedad y la importancia que implica el manejo eficaz de la DM 2. Todo esto se ve influenciado por una serie de determinantes y factores que son diferentes en cada individuo; como el

apoyo social y familiar; que constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la diabetes” (18).

“Con respecto a esto, es importante resaltar la influencia de las actitudes y las Creencias; las cuales juegan un papel muy importante dentro del contexto del paciente con diabetes; cada persona es un mundo diferente; por ende, hay variadas formas de percibir la enfermedad en sí misma y de llevar a cabo su manejo; los alimentos, los estilos de vida, las creencias tanto religiosas, tradicionales y las que se tienen en torno al cuidado de la salud; sin embargo no solo se tienen en cuenta con respecto al paciente, también se deben valorar las que giran en torno al trabajo del equipo de salud” (18).

Los pacientes diabéticos presentan complicaciones agudas y crónicas que alteran el metabolismo del paciente.

Garmendia (29) menciona que estas complicaciones son:

—*Complicaciones Agudas:*

- *Cetoacidosis Diabética*
- *Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar No Cetósico*
- *Hipoglucemia*

Complicaciones Crónicas:

Las complicaciones crónicas de la DM, pueden subdividirse en dos categorías: complicaciones microvasculares (oftalmopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovasculares: enfermedad cardíaca coronaria, cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica.¶

Al respecto Foster (30) sostiene dichas complicaciones son:

- *Oftalmopatía diabética:*

- *Nefropatía diabética:*
- *Enfermedad cardiovascular:*
- *Neuropatía:*
- *Pie Diabético*

Es evidente que el aumento en la prevalencia de la diabetes se acompaña de un aumento en sus complicaciones. La diabetes es la principal causa de ceguera, falla renal crónica terminal y amputación de las extremidades inferiores, entre otras. La diabetes está reconocida no como un factor de riesgo sino como un equivalente de enfermedad cardiovascular (ECV), por su impacto en este tipo de enfermedades (31).

Pilares de la intervención en la diabetes: tratamiento no farmacológico

“Debido a que la DM es una enfermedad muy frecuente, organismos como la ADA, la ALAD y la FID, han desarrollado estándares para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la DM 2. Desde el tratamiento, las estrategias apuntan a dos pilares fundamentales: Tratamiento farmacológico y no farmacológico” (18).

“Cada uno de estos puntos hace un aporte significativo al tratamiento de la diabetes; por ejemplo; el plan de alimentación constituye una base importante en el control de signos y síntomas de la enfermedad, en él se debe hacer énfasis en el hecho de que sea personalizado; es decir, este dependerá de las condiciones de vida, características, antecedentes y entorno social y cultural del paciente; se acondicionará siempre a su modo de vida; esto es importante puesto que le permitirá al paciente tener mayores oportunidades de seguir el tratamiento y de acceder fácilmente a las formas de manejo de la enfermedad.

Por otro lado, se debe enseñar al paciente un manejo especial de las comidas; la fracción de los alimentos constituye una base esencial en el proceso de una buena “dieta” que ayude a controlar los síntomas de la enfermedad. Por medio de este fraccionamiento, se logrará que el paciente se adhiera mejor a su nuevo tipo de alimentación; y logre así mismo mantener controladas las cifras de glicemia. Otros aspectos a considerar es la reducción del consumo de sal, alcohol, infusiones de café, té, etc., así como ingesta adecuada líquidos y de fibra” (18).

“Con respecto al ejercicio físico es importante adecuarlo al estado del paciente favoreciendo que se cumplan los objetivos propuestos con las rutinas de ejercicios sin complicaciones físicas a la hora de llevarlos a cabo. Por último, lo más importante es hacer énfasis en el mantenimiento de hábitos saludables reforzados con el compromiso de acompañamiento por parte del profesional de salud y la participación del paciente y su familia, por medio de estrategias de enseñanza para la transformación del auto cuidado del paciente incluyendo la toma de conciencia acerca de la enfermedad” (18).

“Al tratar de manejar la enfermedad dentro de esta población, surge la necesidad de analizar el compromiso de acompañamiento por parte del profesional de salud frente a una participación activa por parte de la persona. Este tipo de educación, puede efectuarse por medio de estrategias de enseñanza para la transformación del autocuidado de la persona y el logro de la adherencia al tratamiento no farmacológico; el cual representa un cambio de vida en la persona y una toma de conciencia acerca de su enfermedad” (18) (28).

“Sin embargo; varios factores del entorno en ocasiones impiden que la persona logre la adherencia adecuada tanto al tratamiento; como a los cambios en los hábitos de vida y al control de la enfermedad en sí, y con el fin de lograr los objetivos propuestos de forma individual con la persona, el equipo de salud debe llevar a cabo un plan de educación en el cual se de toda la información que se considere necesaria y con respecto a la formación grupal, se debe permitir el acceso a programas que sigan pautas de organización; con temas definidos dirigidos a una población en específico, que lleve una metodología aplicable para la población y que al mismo tiempo logre los requerimientos de atención personal a las personas y que permita su posterior evaluación; mejorando el ejercicio educativo con respecto a los resultados vistos en la persona” (18).

“También la percepción de la enfermedad por parte de las personas, está estrechamente relacionada con la información y el servicio por parte del personal sanitario sobre el cuidado y manejo del tratamiento y su adherencia. Una buena comunicación debe tener como fin la entrega eficaz de la información, pero desafortunadamente existen barreras a la hora de ser percibida y entendida; no se manejan herramientas de comunicación efectiva, ni de habilidades para asesorar y llegar a la toma de decisiones compartidas entre personal y la persona enferma, siendo esto un obstáculo para un adecuado control de la diabetes tipo II” (18):

—Los pacientes aprenden habilidades para resolver problemas y planes de uso de la acción para encontrar soluciones a los problemas en los aspectos médicos, sociales y emocionales de su enfermedad “ (32).

Cuidados de Enfermería a la persona Diabética

Para las personas con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Las personas diabéticas no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad.

El impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la DM 2 provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en la persona, que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas que refieren con mayor frecuencia.

Cuando existe desconocimiento de lo que es la enfermedad en la población, los mitos y creencias acerca de la diabetes son muchos y en su mayoría erróneos. El nivel de conocimiento es un factor que influye de una manera muy importante en el autocuidado de la persona diabética ya que se observa que, si la persona adquiere un conjunto adecuado de conocimientos acerca de su enfermedad, podrá actuar, controlar la situación y prevenir complicaciones de manera óptima, por tanto es el protagonista en la toma de decisiones en la salud.

Esta enfermedad cada día cobra más vidas por las complicaciones que presentan estas personas y donde el autocuidado es de vital importancia, ya que

debemos considerar que es una enfermedad crónica, que exige cuidados permanentes para la manutención de la calidad de vida y control metabólico.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de facilitar a la persona afectada por esta enfermedad la habilidad para identificar las necesidades continuas de asistencia de sí, que regulan los procesos vitales y que mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano, a fin de promover su propio bienestar.

Uno de los cuidados primordiales que brinda el profesional enfermero(a) a la persona diabética es la educación diabetológica, fundamental para que la persona reciba una asistencia de calidad y pueda emplear sus conocimientos en los cuidados diarios que requiere el individuo; así también en la prevención terciaria que está dirigida a la persona con complicaciones crónicas para detener o retardar la progresión, mediante la rehabilitación física, psicológica y social.

La enfermera tiene ante sí una tarea importante en la atención a las personas con diabetes. Esto exige probablemente ciertos cambios y adaptaciones en las formas de trabajo y en la formación previa; requiere movilizar recursos comunitarios y compartir el saber profesional con quienes atienden en cada momento a las personas con DM 2 proporcionando formación e información.

Son actividades importantes para las enfermeras, a las que dedican tiempo y de las que se hace una valoración positiva de los resultados. Incluye conocimientos e información sobre la enfermedad, alimentos saludables, dieta

adecuada a sus condiciones, medidas preventivas y de seguridad involucrando al profesional enfermero(a) y al equipo de salud.

A su vez es importante el uso de métodos auxiliares de enseñanza en personas con DM 2 como: materiales impresos, carteles, videos, periódicos murales para así poder difundir mensajes.

El rol de enfermería es apoyar al individuo, familia y comunidad para satisfacer necesidades y solucionar problemas, aplicando el proceso de Atención de Enfermería (33).

2.3.2. Aspectos conceptuales sobre saberes y prácticas

La palabra “saber” es usada extendidamente en nuestro idioma para designar la sabiduría, el conocimiento que alguien dispone en una materia, tema o ciencia. Una persona puede lograr el saber - es decir - el conocimiento sobre algo, a través de su experiencia o del contacto con aquello que se conoce, por la educación recibida, lo que significa que se adquiere a través de la enseñanza que alguien le profiere sobre conocimiento práctico y teórico de un tema o realidad.

Según la Real Academia de la Lengua Española (34) reconoce que la etimología del vocablo “saber” proviene del *latín –sapere* que significa “*tener inteligencia o conocimiento sobre algo.*”

Según el diccionario filosófico (35);

–El vocablo –saber (usado a veces como verbo y a veces como sustantivo: "el saber") se equipara con frecuencia al término

‘conocimiento’. Sin embargo, es muy común en la literatura filosófica de varias lenguas (por ejemplo, español, francés, alemán) emplear ‘saber’ en un sentido más amplio que –conocimiento–.

De acuerdo con ello, mientras el conocimiento se refiere a situaciones objetivas y da lugar - una vez debidamente comprobado y sistematizado - a la ciencia, el saber puede referirse a toda suerte de situaciones, tanto objetivas como subjetivas, y tanto teóricas como prácticas.

Según Zubiri (36): *“El saber es discernir, definir y entender. Las tres dimensiones del entender las cosas.*

- *El saber es discernir el «aspecto» de las cosas a que aludíamos; no es sólo el contenido de los sentidos, sino, sobre todo, este elemental y simplísimo fenómeno del acto mental. Saber significó primariamente discernir lo que es de lo que no es; o como se decía, el ser del parecer,*
- *El saber es definir porque no sólo discernimos una cosa de su apariencia, lo que es de lo que no es, sino que, además, circunscribimos con precisión los límites donde la cosa empieza y termina, el perfil unitario de su aspecto, su idea.*
- *El saber es entender por qué saber las cosas, de esta suerte, sabemos la necesidad de que sean como son y, por tanto, por qué no son de otro modo. No sólo hemos definido la cosa, sino que la hemos entendido. No sólo la hemos mostrado, sino que hemos «demostrado» en ella su necesidad.‖*

El saber siempre se desarrollará en un contexto, tal es el caso de la cultura de una determinada sociedad y podrá provenir de diversas fuentes:

- Intuición (el conocimiento que nos llega inmediatamente del contacto con el objeto),

- Experiencia (el saber resulta de la experiencia que se atraviesa),
- Tradición (el conocimiento va transmitiéndose de generación en generación),
- Autoridad (cuando el conocimiento parte de una fuente referente en materia política, moral, científica)
- Ciencia (la serie de conocimientos racionales, verdaderos y posibles que se obtienen de modo metódico).

La clasificación de los saberes deriva de la filosofía, philo: amor-Sofía: sabiduría, con personajes tales como Platón y Pitágoras.

Los saberes pueden ser clasificados en:

- **Saberes filosóficos:** *Este saber radica en la complejidad de la realidad. Se confecciona muchas respuestas a una misma pregunta. Intenta llegar a los fundamentos y contestaciones más allá de los fenómenos.*

Se concentra en un tema y lo expone innumerables veces para encontrar una refutación a su hipótesis, la función es no encontrarla para poner fin a esta búsqueda. Se concentra en las últimas causas de la realidad e intenta explicarlas. Los temas a tratar son innumerables, todo puede ser discutido.
- **Saberes científicos:** *Las personas que se introducen en este saber indagan y explican los fenómenos que pueden observar y experimentar a lo largo de toda su vida. Requiere concentración y estudio sobre el tema a tratar. Esta persona manifiesta una hipótesis sobre la realidad e intenta encontrar una respuesta lógica para la misma.*

Pueden encontrar muchas respuestas o ninguna, se intenta refutar para encontrar la verdadera. Su conocimiento sobre la cuestión debe ser muy profundo y suele estar acompañado con horas de estudio. Es objetivo, centrado y sobre todo meticuloso, su punto de vista siempre es basado en fundamentos físicos, visibles y comprobables. Se utiliza un lenguaje técnico y muy correcto.

Se clasifican en Empíricas: están relacionadas con la realidad (naturales y sociales, dentro de las naturales se encuentran la física y la biología); y en Formales: lógica y matemáticas.

- **Saberes vulgares u ordinarios:** *Este saber está presente en todo ser humano: el sentido común. Se experimenta un juicio hacia la realidad que es creado no necesariamente acudiendo a la experiencia. Este se presente sin intencionalidad y de manera espontánea.*

Es subjetivo ya que está teñido por emociones, hábitos, costumbres, etc. de cada persona en particular. Se utiliza un lenguaje comprensible, sirve para el día a día, por ejemplo: —Va a llover porque el viento viene del este.

- **Saberes Técnicos:** *Este saber consiste en especializarse en una actividad en particular. Está ligado al saber científico, solo que este impulsa al otro en nuevos descubrimientos y avances tecnológicos.*

Es el complemento del saber científico ya que sin este sería muy poco probable refutar las hipótesis creadas. Hoy en día se lo conoce como tecnología.

- **Saberes Artísticos:** *Se lo conoce como una narración de la realidad más que una explicación. Se representa en forma de cuento, novela, película, poesía, etc. Cada una muestra su manera de ver la realidad y no intenta explicarla, solo acerca un modelo de la misma a quien esté interesado en mirarla.*

- **Saberes religiosos:** *No tratan de explicar la realidad mediante hechos concretos y refutables. Se basan en materiales divinos, como la fe, para crear una realidad. Los fenómenos no son explicados de manera discutible. Se dice que las respuestas de los saberes religiosos son:*
 - **Irracionales:** *se basan solamente en la fe.*
 - **Dogmáticas:** *No son discutibles, son así porque sí.*
 - **Trascendentes:** *Son revelaciones de un ser trascendente que se ha presentado a un grupo de individuos privilegiados.*
 - **Elitistas:** *Lo dictado por los dioses pueden ser interpretados y monopolizados por un grupo seleccionado de individuos: sacerdotes, teólogos, etc (37).*

La acción, hecho o efecto de saber algo no se puede encerrar con un concepto definido, ya que depende la perspectiva de cada quien.

Sin embargo esta palabra es usada cotidianamente para indicar que una persona es notificada o adquirió un conocimiento acerca de un tema en específico, o también para referirse a la sabiduría que posee un individuo sobre algo, por lo tanto el saber algo alude al conocimiento que cada quien tiene con respecto a una materia definida y particular, entonces podemos concluir que saber, sabiduría y conocimientos son sinónimos.

Se puede llegar a saber o conocer sobre un tema o materia bien sea por medios propios y experiencias vividas, o porque alguien más te hace partícipe de sus conocimientos, es decir, por medio de la educación bien sea de manera práctica o teórica que alguien más puede implementar sobre ti. El saber puede tomarse como una representación objetiva de una realidad vivida o que otra persona te cuente.

El saber no puede reducirse únicamente a un tipo de aprendizaje como tal, bien sea que este sea implementado en una escuela o venga desde la educación adquirida en casa, el saber es un conjunto de todo lo que vemos, oímos, sentimos, olemos, estudiamos, practicamos, etc. Es decir, es todo lo que permanece en nuestra memoria y tenemos el conocimiento que está en ella. Depende también del mundo que nos rodea, la civilización, tradición, autoridad y cultura de la comunidad en la que vivimos, pues el saber evoluciona de persona en persona dependiendo de las experiencias y situaciones que se presentan en su día a día, es decir el saber no se hereda, se adquiere con el tiempo.

El saber engloba entonces toda esa información sobre conocimientos desarrollados y acumulados sobre distintos temas y que dependen del interés de cada individuo, pero que conjuntamente se complementan para explicar el proceso del desarrollo intelectual de cada quien, percibiéndolo además como un instrumento personal de evolución pero particular y único.

Cabe destacarse que los seres vivos obtenemos conocimientos y saberes referentes a nuestro entorno gracias a facultades como ser: vegetativa, sensitiva y racional. Mientras tanto, en los seres humanos, la facultad racional produce el saber por conceptos haciendo viable el lenguaje y también la conciencia acerca de lo que es verdad. Vale mencionar que este conocimiento vía conceptos es solamente viable en los hombres por la facultad del entendimiento.

Ahora bien, la experiencia también nos brinda a los seres humanos saber y conocimientos, aunque, se trata de un conocimiento más bien subjetivo

de aquel que provee la experiencia. Por caso, será verdadero para el que lo vive.

La del saber es una actividad constante y propia de los individuos y por ello todo el tiempo estamos absorbiendo y procesando la información que obtenemos de nuestro entorno.

La aprehensión de los conocimientos implicará diversos procesos cognitivos complejos tales como: percepción, sensación, conceptualización, lenguaje, comunicación, deducción, asociación, entre otros.

Conservar las tradiciones de una comunidad o de un país significa practicar las costumbres, hábitos, formas de ser y modos de comportamiento de las personas. Este conjunto de saberes y experiencias se transmite de generación en generación por diferentes medios. Los niños aprenden de los adultos y los adultos de los ancianos. Aprenden de lo que oyen y de lo que leen; aprenden también de lo que ven y experimentan por sí mismos en la convivencia cotidiana.

Desde esta perspectiva, la cotidianidad se refiere a los procesos y las prácticas interpersonales mediante las cuales se transmiten costumbres y tradiciones, conocimientos, valores e intereses que distinguen a diversos grupos, lo que conocemos como “la vida cotidiana” la cual se define como reconocer y entender comportamientos, costumbres, proyección de necesidades, captar cambios a partir del uso de los espacios y tiempos concretos, lo que permite poner en práctica los saberes.

Sobre la práctica de los saberes de las personas con DM 2 debe enfocarse desde una perspectiva directa e impositiva ya que los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento son necesarios, pero no suficientes para conseguir los cambios conductuales requeridos.

En consecuencia, vivir con DM 2 necesita por parte de las personas que lo padecen un conjunto de acciones que derivan del conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, de competencias de auto observación, de autocontrol y de auto adaptación del régimen terapéutico en función de las consecuencias mismas de su vida.

Estudios realizados sobre DM 2 consultados para el presente estudio y publicados en las bases de datos de PubMed, Scielo, Lilacs y Blackwell, permitieron establecer cuatro tendencias en las prácticas de estas personas: la primera, sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (control del estrés, actividad física, dieta, auto monitorización de la glucosa, cuidado de los pies, presión arterial), los cuales no son llevados a cabo por los pacientes diabéticos debido a que dependen de una serie de aspectos sociales, culturales y económicos inmersos en la cotidianidad (38–43). La segunda tendencia señala que existe un déficit de autocuidado en relación con estilos de vida poco saludables tales como los malos hábitos alimenticios, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, estrés, y sumado a, el bajo nivel económico y la falta de conocimientos de la enfermedad (44). La tercera tendencia, reúne estudios sobre el conocimiento de los pacientes en relación a la definición, causas, complicaciones, control y tratamiento de la enfermedad (45–49) . Y la cuarta tendencia, hace referencia a la promoción de la salud y la prevención de

las complicaciones a través de la participación en programas y actividades educativas orientadas a prácticas de autocuidado y control de la enfermedad (50–54).

Las evidencias revisadas dejan claro que el tratamiento de la DM 2 depende de aspectos sociales, culturales y económicos de las personas, debido a que la actividad física, la alimentación, el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y el manejo del estrés, se ven afectados por diferentes factores que impiden un régimen adecuado. Entre los aspectos que están se destacan los personales, los biológicos, los psicológicos, los culturales y los socioeconómicos, así como la auto percepción y el apoyo social, específicamente el efecto de la interacción con la familia, con los amigos, con la actividad social, sobre los esfuerzos de regulación metabólica. Otro aspecto a resaltar, es la influencia del conocimiento que tienen los pacientes alrededor de la enfermedad, sobre el grado de control de la enfermedad, todo lo cual hace parte del contexto social, familiar y personal que la persona experimenta desde el reconocimiento de la enfermedad y del papel activo que juega en el control y manejo de la enfermedad.

Los beneficios percibidos al adoptar ciertas conductas de autocuidado en las personas con DM 2 podrían permitir que se sientan más inclinados a mantener conductas promotoras de salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Desde este punto de vista es posible encontrar barreras para llevar a cabo conductas promotoras de salud para diabetes, ya que la creencia de la persona sobre la actividad física o una conducta puede influir

notablemente en su intención de llevarla a cabo dependiendo de la apreciación de dificultad para realizarla.

El acompañamiento del profesional enfermero(a) a la persona con DM 2 garantiza que el impacto emocional sea el menor posible, a lo largo de todo este proceso y que los planes de autocontrol puedan ser revisados y evaluados, según las necesidades de la persona en cada momento. Es de vital importancia que la enfermera conozca cómo afecta en cada persona la DM. Es decir cómo influye la enfermedad en su vida personal, familiar, social, laboral, en sus sentimientos y en sus expectativas a través del dialogo, escuchando con empatía lo que la persona quiere, encontrando estrategias que faciliten el proceso de aprender a vivir con la enfermedad.

2.4. Referencial Teórico

El presente estudio tiene como fundamentos filosóficos para conceptualizar el cuidado de enfermería la contribución teórica de Watson, y para los saberes y prácticas se analiza los aportes de Paulo Freire.

2.4.1. Cuidado Humano

Margaret Jean Harman Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, es una destacada teórica contemporánea de enfermería, maestra en Salud Mental y Psiquiatría y doctora en Psicología Educativa y Asistencial.

El objetivo de su teoría es promover la salud, recuperar la salud de los pacientes y prevenir las enfermedades.

Se basa en la filosofía y la ciencia de los cuidados: los cuidados constituyen un proceso interpersonal que consisten en actuaciones o intervenciones que conducen a satisfacer las necesidades humanas (55).

A continuación se presentan los aspectos más importantes de la teoría del cuidado humano planteado por Watson.

Para la elaboración de su teoría desarrolló los siguientes conceptos:

- 1 *—Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.*
- 2 *Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.*
- 3 *Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos:*
 - *Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente*
 - *Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.*

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la

dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

- 4 *Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana* (56).

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de la persona a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”(56) basada en siete supuestos básicos:

- 1 *—El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.*
- 2 *El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.*
- 3 *El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.*

- 4 *Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.*
- 5 *Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.*
- 6 *El cuidado es más –salud-genético‖ que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.*
- 7 *La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería‖ (56).*

Considera como Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- 1 *—Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan su salud.*
- 2 *Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.*
- 3 *Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.*

- 4 *Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.*
- 5 *Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta a las demás.*
- 6 *Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería (PAE) aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.*
- 7 *Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.*
- 8 *Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de*

relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9 *Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.*

10 *Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilita el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud (56).*

Los tres primeros factores del cuidado forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo".

La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la

integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría.

Con estos supuestos y factores elaboró su teoría y definió los conceptos meta paradigáticos de la siguiente manera:

- *—Salud: Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.*
- *Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.*
- *Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa es el marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)*
- *Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la*

vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad(56).

Cabe indicar que estas premisas plantean “el deber ser” y el “deber actuar” del personal de enfermería en el cuidado de las personas. Según Hernández (57):

“En la práctica de la enfermería son necesarios los siguientes valores: estética (entendida como el interés por las cosas amables, la habilidad e iniciativa creadora), altruismo, igualdad, libertad, respeto a la dignidad humana, justicia, verdad, prudencia, tolerancia, responsabilidad personal y profesional, y atención al cuidado y la salud”.

Estos elementos coinciden con los descriptores de las premisas básicas de la teoría de Watson. Cuando se habla de estética, altruismo, responsabilidad, atención al cuidado y a la salud se están señalando elementos descriptores de la actitud de asistencia, de la disposición que la enfermera debe mostrar hacia el paciente. Del mismo modo, la tolerancia, la igualdad, la libertad y el respeto a la dignidad humana describen la claridad de expresión de ayuda y de los sentimientos señalando el afán de aceptar al paciente tal como es y hacerle saber que se le comprende y acepta como persona necesitada de cuidado. Y la verdad, la prudencia y la justicia describen los elementos del trato genuino y sincero.

Los valores del personal de enfermería forman un todo que se refleja en la conducta de la persona, y es de esperar que algunos de ellos coincidan con más de una de las premisas básicas de la teoría. Pero la idea fundamental es la siguiente: las premisas básicas de la teoría de Watson reflejan los valores y

actitudes que debe tener el personal de enfermería para ofrecer un cuidado basado en principios éticos.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría (58):

- *—Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.*
- *El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.*
- *El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.*
- *El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.*
- *Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.*
- *Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.*
- *La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.*

Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia del cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

“El cuidado profesional y específico puede estar vinculado al uso de la tecnología y al grado de necesidad del cuidado del paciente, es decir, cuidamos de manera diferente a una persona que se encuentra en una unidad de cuidados intensivos que a otra que se encuentra en un servicio ambulatorio, pero ambas reciben cuidados en grados diferentes. Lo mismo sucede en la forma de comunicación, sea verbal o no verbal, y en la interacción entre el cuidador y el ser que es cuidado. Por ejemplo, cuando la enfermera se dirige a una persona con una enfermedad crónica, emplea un lenguaje en el que se transmite estímulo y coraje, pero en el caso de una persona que esté confundida, la enfermera empleará un lenguaje directo y enfático” (59).

“El cuidado de enfermería promueve y restaura el bienestar físico, psíquico y social, además de ampliar esas posibilidades, así como las capacidades para asociar diferentes posibilidades de funcionamiento factibles para la persona. El cuidado de enfermería debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común. Es comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo y mente, normal y patológico. En ese sentido, es un cuidado integrador, humanizado, que favorece una vida mejor y más saludable, es un cuidado terapéutico. Ese cuidado terapéutico es una acción que se desarrolla y termina en y con la persona, está lleno de valor (ético y estético); y es un bien necesario” (59).

“El cuidado como actividad profesional de enfermería aparece en algunos momentos de forma genérica y en otros de forma específica, en diferentes tipos de relaciones personales y en los que la profesión se

compromete con el proceso de vivir. El cuidado se traduce en sistemas de cuidado con diversas posibilidades de aplicación visualización, y en múltiples o variadas funciones y finalidades, pensando, a veces, más técnica y ordenadamente, y otras más empíricamente”(59).

“El arte de cuidar incluye el reconocimiento de una interrelación entre sí mismo y el otro, siendo esa una condición terapéutica, es decir, cuidado de mí y del otro con el mismo empeño, y busco ayuda cuando no tengo los medios para realizar todo el cuidado (18). De esa forma percibimos que el cuidar lleva consigo una intención, un deseo de cambio de la realidad para lograr un mayor bienestar”.

“Hay autores que nos indican cuáles son las aptitudes necesarias para que las enfermeras ejerzan el cuidado. Para cuidar es necesario conocer, es decir, saber lo que el otro necesita y cómo puede ser ayudado; comprender que cuidar no es un hábito, pues implica aprender a modificar comportamientos a partir de las experiencias anteriores; tener paciencia para dejar al otro crecer conforme a su propio ritmo y su propia manera de ser; confiar en el otro, dejándolo libre para arriesgarse de acuerdo con su propia capacidad; ser humilde, estando dispuesto a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende; tener esperanza, creyendo en las posibilidades del otro, evitando que la desesperación interfiera en la vitalidad del ser; tener coraje ante la incertidumbre y la pérdida de los puntos de referencia, ya que no se puede pr”ever en quién o en qué el ser que es cuidado y el que cuida van a transformarse” (59).

“Podemos rescatar lo que ya se señaló y verificar que los hombres poseen necesidades que no siempre se manifiestan a través de una herida o un dolor, que la interacción no siempre acontece en pocos minutos, que muchas veces la necesidad de un cuidado objetivo aparece antes del subjetivo, o el cuidado subjetivo no aparece en el cuidado, o las dos formas de cuidado no se realizan simultáneamente; por ejemplo, en un momento de emergencia, cuando la persona a ser cuidada no siempre quiere ser auxiliada, y el cuidador necesita percibir que todo tiene su tiempo” (59). El gran aliado del cuidador es el tiempo: tiempo para él, y para el ser que es cuidado, para sus acompañantes, para el equipo de salud. Y cuando ese tiempo se acaba, nosotros perdemos el paciente, pero aún tenemos un nuevo tiempo, el tiempo de cuidar de su cuerpo, de su espíritu y de sus acompañantes.

El cuidado rebasa con creces una estructura, un método, un modo o un modelo; exige de los profesionales algo más que una competencia técnica, exige una coherencia entre lo objetivo y lo subjetivo.

“El cuidado involucra principios esenciales para promover el crecimiento, la perfección y el desarrollo tanto del cuidador como del ser que es cuidado. Esos principios son: el autoconocimiento y el cuidado de sí; el conocimiento y el cuidar terapéutico; despertar el sentimiento humanitario y la sensibilidad; la solidaridad y la compassion” (59).

“Las cinco perspectivas de la naturaleza del cuidado son: el cuidado como característica humana, el cuidado como imperativo moral, el cuidado como afecto, el cuidado como interacción personal y el cuidado como

intervención terapéutica; en el proceso de cuidar hay interrelación entre estas categorías” (59).

“El cuidado como característica humana es visto como innata, es decir, todos los seres poseen el potencial del cuidado; sin embargo, la habilidad de cuidar no es uniforme. Como motivadora de sus acciones, la enfermería posee esta característica innata, pero sus diferencias en la práctica de la forma de cuidar reflejan las diferencias en los niveles de entendimiento del significado salud-enfermedad” (59).

“El cuidado como un imperativo moral o ideal se refiere al cuidado moral del paciente, es decir, durante la prestación del cuidado debemos ver al paciente como un ciudadano con derechos, deberes y dignidad” (59).

“El cuidado como afecto nos refiere la interacción que puede ocurrir entre el cuidador y el ser que es cuidado. El cuidador puede establecer una relación de afecto, cariño, situarse en el lugar del otro, experimentando situaciones y condiciones no siempre favorables del ser que es cuidado. El establecimiento de la relación cuidador y ser que es cuidado es tenue, ya que el cuidador debe preservar su objetividad para poder realizar el tecnicismo del cuidado y, al mismo tiempo, su subjetividad en el cuidar”(59).

“Esa interacción entre el tecnicismo del cuidado y el afecto nos parece en algunos momentos casi imposible, y esos momentos están muy presentes en ambientes en que el ser que es cuidado está sedado, entubado o en coma. Sin embargo, la interacción y el afecto aparecen cuando el personal de enfermería cuida de ellos como cuida de los otros, quienes hablan, sonríen, expresan de

una forma clara el dolor. ¿Cómo pueden ellos hacer eso? Es a través de una conversación amigable, de la explicación de procedimientos, de la observación del lenguaje no verbal, de un incentivo, del cariño, de la responsabilidad. No podemos olvidar que el cuidado no existe si no respetamos al otro y a nosotros mismos como personas y profesionales. Si no existe el respeto, tampoco existe el cuidado. *El cuidado es ético por principio y por naturaleza*” (59). La relación interpersonal o interacción define la forma en que se prestará el cuidado subjetivo.

“El cuidado técnico o cuidado objetivo; se presenta sin forma definida, es decir, cada paciente posee una necesidad y cada cuidador tiene una forma de cuidar que debe estar despojada de cualquier juicio o prejuicio” (59).

“El resultado del cuidado puede ser concreto o abstracto. La curación de una lesión es concreta, pero conseguir una sonrisa, un desahogo, el llanto, ver lo que no está expuesto del ser que es cuidado, es una forma de cuidar, es un resultado. Se puede decir que el resultado puede ser concreto o abstracto así como lo es la forma de cuidar” (59).

“El cuidado no supone necesariamente la resolución de un problema. Muchas veces cuidamos sin obtener un resultado concreto, pues no conseguimos atender todas las necesidades del ser que es cuidado; entonces, el resultado del cuidado puede ser total o parcial. Cuando pensamos en un cuidado objetivo, como la realización de procedimientos o una atención de emergencia, generalmente obtenemos un resultado inmediato. Sin embargo, cuando pensamos en cuidado subjetivo, como el apoyo emocional o el

tratamiento de enfermedades crónicas, el resultado puede realizarse a largo plazo” (59).

“La curación no siempre es posible. Muchas veces la curación es la muerte, y la muerte debe ser cuidada. La muerte es un ritual de paso, es la despedida de un ser querido de alguien, es un cuerpo sin vida, pero es un cuerpo que exige respeto y cuidado” (59).

“Cuando cuidamos, no lo hacemos solamente del ser que se encuentra frente a nosotros; cuidamos también de sus padres, hijos, esposo, esposa, vecinos, amigos, colegas, porque con seguridad en algún lugar alguien está interrelacionado con esa persona, y de manera indirecta ese alguien también recibe nuestro cuidado” (59).

“Diariamente nacemos y morimos, nuestro organismo envejece, nuestras células mueren, nuestros sentimientos cambian, maduran, sufrimos con las pérdidas materiales, personales y espirituales, necesitamos cuidado todos los días. Ese es el cuidado subjetivo: el que ampara, calienta y calma, que no siempre es percibido o comentado” (59).

Según Watson: Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. “En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él” (60). Según Watson, *“el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona”*

Watson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (58). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

“Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte” (60).

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado (61). Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica (62).

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y

que, de acuerdo con Levinas, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos (61), entonces, la relación enfermera(o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería. Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos (62); tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio.

Así que esta tesis está vinculada a los elementos teóricos de la ciencia del cuidado, según Watson, teniendo en cuenta las experiencias de las personas con diabetes, incluyendo el conjunto de sus conocimientos y prácticas de atención como esencial en el proceso educativo. El cuidado se produce en el encuentro entre la enfermera y la persona cuidada en un proceso interactivo y dialógico. Al valorar los conocimientos y las prácticas de las personas con DM- 2 como aporte para el cuidado de enfermería hay que considerar valores como el altruismo, la fe, la esperanza, el amor, la compasión, el respeto, entre otros valores que mejoran la interacción entre enfermera y la persona cuidada, creando relaciones de enlace. Por lo tanto, la persona puede expresar sus sentimientos y emociones, especialmente las experiencias relacionadas de vivir

con una enfermedad crónica como la diabetes, explorar y comprender el significado de estas experiencias.

Para Jean Watson, la enfermería está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia. Con la filosofía y la ciencia de la asistencia, intenta definir el resultado de la actividad científica en relación a los aspectos humanísticos de la vida. En otras palabras, intenta hacer de la enfermería una interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte, con la prolongación de la vida.

Jean dice que la enfermería está relacionada con la promoción y el restablecimiento de la salud, y con la prevención de la enfermedad. La salud no sólo es la ausencia de la enfermedad sino también es un conjunto ilusorio debido a su naturaleza subjetiva. La salud tiene que ver con la unidad y armonía entre la mente, cuerpo y el alma, y se asocia con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Según Watson, asistencia es un término de la enfermería que representa los elementos que utilizan las enfermeras para proporcionar atención sanitaria a los pacientes. También afirma que al considerar a los demás como individuos únicos, la persona que presta la asistencia percibe los sentimientos de los demás y reconoce la unidad de los demás. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería

Las relaciones interpersonales que tienen lugar en la práctica del cuidado de Enfermería están sujetas a una serie de condicionantes cuyo conocimiento puede influir para que el encuentro entre enfermeros y pacientes

produzca los beneficios esperados, tales como enfrentar eficazmente la enfermedad, promover la recuperación o morir dignamente. El tipo de interacción que se debe establecer, el papel que desempeñan los enfermeros en ellas, los momentos por los cuales atraviesa la interacción y algunas condiciones en las cuales se pueden encontrar los pacientes en el momento en que ocurra son, entre otros, algunos de estos condicionantes que han sido identificados y analizados por algunos teóricos de la Enfermería. La interacción humana permite definir la Enfermería y es el modo para llevar a cabo el cuidado. Es por esto que debe analizarse y redimensionarse con cada paso que avanza la disciplina de Enfermería.

Cuando una persona demanda la participación de Enfermería en la satisfacción de sus necesidades o en la resolución de sus problemas, debe recibir un despliegue de conocimiento, técnicas y procedimientos que hacen parte de la ciencia de la Enfermería, así como la habilidad para usarlas en el cuidado.

Las relaciones interpersonales, que determinan el cuidado de Enfermería, están sujetas a factores condicionantes como la naturaleza de la interacción entre enfermero y paciente, las fases de la interacción, el rol de los enfermeros en la relación con el paciente y las condiciones del paciente para la interacción. Estos factores deben ser considerados y analizados por los enfermeros con el fin de impedir que en determinados momentos distorsionen el contacto humano en el que se basa la práctica de Enfermería.

La interacción profesional entre el cuidador y la persona cuidada es uno de los actos de Enfermería que Wiedenbach describe como “*deliberados*

porque están dirigidos al cumplimiento de un objetivo específico, aplicados con criterios y conocimiento sobre lo que significa lo que las personas expresan en forma verbal o no verbal (63). La interacción permite al paciente expresar sus sentimientos, dar a conocer respuestas positivas y negativas frente a las situaciones vividas y sus expectativas frente al cuidado de Enfermería para la satisfacción de sus necesidades, y al enfermero le permite desarrollar el propósito de la Enfermería (63).

El papel de los enfermeros en la interacción con la persona está caracterizado por Benner como “de ayuda” (64). Por su parte, Travelbee (65) enfoca la participación de Enfermería para “*apoyar a la persona en la identificación y significación de su enfermedad, en la satisfacción de sus necesidades y en la resolución de sus problemas*”. Y también afirma la misma autora que “*el rol de los enfermeros debe ser percibido como de ser humano a ser humano en vez de enfermero a paciente*”.

El enfermero debe conocer a la persona, comprender sus patrones de respuesta, verlo como un ser holístico” (66), que tiene derechos innegables, expectativas y temores; que ha sido presionada por la enfermedad a confiar su vida y su intimidad a otras personas, con frecuencia desconocidas.

Orlando afirma que “*el enfermero tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a evitar y aliviar el malestar que se deriva de las necesidades no satisfechas*” (67). Para el cumplimiento de esta misión, el enfermero debe ofrecer consejería y educación y utilizar la información adecuada para el nivel de entendimiento y comprensión de la persona, con el fin de promover su participación. Para potenciar la interacción humana el enfermero en el

cumplimiento de su rol debe brindar un cuidado de Enfermería basado en el respeto por los derechos de la persona, en los principios éticos y en claros conocimientos; considerar la mejor evidencia científica mediada por el conocimiento de la persona y/o su familia, a partir de una exhaustiva valoración y juicio clínico. A este respecto, Benner plantea que *“las técnicas adquiridas a través de la experiencia clínica y el dominio de la percepción que desarrollan los enfermeros permiten buscar evidencia en los sutiles cambios de los pacientes”*(66).

Se debe tener en cuenta que, independientemente de las condiciones sociales y de salud de las personas, los enfermeros deben tener capacidad para escuchar, para recabar información y para hacer inferencias y juicios clínicos sobre la condición de la persona, además de la capacidad de la toma de decisiones pertinentes en cada situación.

Teniendo en cuenta el planteamiento hechos por Watson (68) acerca del cuidado “transpersonal” en el cual la persona y el enfermero tienen importancia como personas únicas, irrepetibles, con experiencias y patrones de respuesta diferentes, se debe otorgar especial interés a las circunstancias personales de enfermeros y pacientes, además del contexto en el que se dan las experiencias de cuidado para que las interacciones sean eficaces y brinden los mejores resultados.

2.4.2. Aportes de la filosofía de la educación de Paulo Freire

Mundialmente conocido, el educador Paulo Freire tiene sus libros traducidos a las más diversas lenguas y alfabetos en decenas de países. Su concepción de la educación, originada a partir de 1960, presupone la liberación de los seres humanos y la superación de la opresión, como sugieren los títulos de dos de sus libros: Educación como Práctica de Libertad (69) y Pedagogía del Oprimido (70). Freire argumenta que la educación tiene que desempeñar un papel importante para elevar el nivel de conciencia de los educandos respecto a sus condiciones de vida. Tiene como meta darles instrumentos para que tengan más comprensión de estas condiciones de modo que puedan actuar con la perspectiva de transformarlas.

“Para la comprensión y la adopción de prácticas educativas freudianas, un principio fundamental en los debates que marcan el tema de nuestro tiempo, es la dicotomía que se establece entre la condición humana y sus creaciones. Se dice que el culto al consumo está destruyendo el equilibrio ecológico de la tierra, que la globalización de la economía deshumaniza las relaciones sociales, que la tecnología está condicionando y gobernando nuestras vidas. Sin embargo, desde una interpretación dinámica del quehacer humano como proceso dialéctico, las creaciones humanas emergen como respuestas a las problemáticas que va creando nuestro discurso sociocultural. El campo pedagógico ejemplifica bien este proceso. El discurso pedagógico que empieza a difundir Paulo Freire a partir de la década de los años sesenta, responde a un discurso democrático radical que, poco a poco, va impregnando nuestra concepción de la educación, en el sentido de transformar nuestras estructuras

tradicionales de educación bancaria en una educación liberadora. Su proyecto, problematización posmoderna, se fundamenta en unos presupuestos filosóficos que implican el inicio de un cambio de paradigma, a través de las fuerzas socioculturales que genera el quehacer colectivo. A su vez, la propuesta pedagógica de Freire, encuentra para su aplicación barreras que la frenan, tanto desde el campo político-ideológico como desde las “herramientas” de uso tradicional en el proceso educativo” (61).

Una pedagogía para la liberación

“En la década de los años sesenta emerge en Iberoamérica un pensamiento original cuyas repercusiones todavía rigen en nuestros días. Y es original en el doble sentido de responder a una situación sociocultural iberoamericana, y en el de proyectar un discurso inédito que problematiza los principios de la modernidad occidental. Además, confrontados por una problemática común, los intelectuales iberoamericanos, tanto del ámbito lingüístico portugués como español, articulan ahora un mismo discurso; sus libros, como ejemplifica el caso del brasileño Paulo Freire, se publican simultáneamente en ambos idiomas. El punto de partida fue la generalización de un sentir de que las teorías desarrollistas adoptadas en la década de los cincuenta, y que llevaban implícita la promesa de un resurgir económico que fortalecería a su vez las instituciones democráticas, habían fracasado. La introspección que se inicia, descubre enseguida ciertas notas comunes que se ven ahora íntimamente relacionadas. La pretendida liberación desembocaba en dependencia, en nuevas formas de opresión. Desde la economía, a la religión, y

a la educación, se había ignorado la dimensión antrópica de las estructuras socioculturales. Se descubre que tanto los principios económicos, como la institucionalización de la religión, o los sistemas educativos, se rigen por principios ideológicos que responden a las fuerzas socioculturales que los crean: Iberoamérica no había participado como sujeto, el “desarrollismo” nunca se consideró como un quehacer iberoamericano” (61).

La obra del brasileño Paulo Freire surge, pues, como toma de conciencia de las fuerzas socioculturales de su época y como intento expreso de indagar, desde el campo pedagógico, sobre las causas que frenaban la transformación de su sociedad. Freire parte de un presupuesto fundamental:

—No pienso auténticamente si los otros tampoco piensan. Simplemente, no puedo pensar por los otros ni para los otros, ni sin los otros. La investigación del pensar del pueblo no puede ser hecha sin el pueblo, sino con él, como sujeto de su pensar¶ (69).

Al fijarse ahora en los sistemas educativos, descubre que la nota común que los caracteriza es que se trata de *—una educación para la domesticación* (71). Es decir, el educando no es el sujeto de su educación. La caracterización que hace Freire de los sistemas de educación de su época suena todavía muy familiar en nuestros días:

—La educación se torna un acto de depositar, en que los educandos son depositarios y el educador el depositante. En lugar de comunicarse, el educador hace comunicados y depósitos que los educandos, meras incidencias u objetos, reciben pacientemente, memorizan y repiten. He ahí la concepción bancaria de la educación, en la que el único margen de acción que se ofrece a los educandos es el de recibir los depósitos, guardarlos y archivarlos¶ (69).

Es decir, añade Freire:

—Dictamos ideas. No cambiamos ideas. Dictamos clases. No debatimos o discutimos temas. Trabajamos sobre el educando. No trabajamos con él. Le imponemos un orden que él no comparte, al cual sólo se acomoda. No le ofrecemos medios para pensar auténticamente, porque al recibir las fórmulas dadas simplemente las guarda (69).

“Freire articula su pensamiento en el contexto de un sector alienado y oprimido de su sociedad, que acepta la opresión como parte de su ser. Desea, en su proyecto de alfabetización de adultos, que a través de la lectura de la palabra, aprendan también, y ante todo, a leer el mundo; que su hacer se convierta en quehacer. Los principios pedagógicos de Freire, aparte de su aplicación a un aquí y ahora brasileño preciso, se fundamentan en una concepción humanística, en un absoluto respeto por el ser humano, y por ello son aplicables a cualquier proyecto educativo. Por otra parte, históricamente, el proceso educativo es un ejemplo tangible de cómo quienes ostentan el poder han resistido el compartirlo. Tuvieron que pasar tres siglos desde la invención de la imprenta, antes de que se iniciara la entrega del poder de la lectura al pueblo. Incluso entonces, la educación pública se articuló en discurso depositario; no se buscaba que el educando iniciara su quehacer hacia una conciencia de su humanidad desde la cual poder leer el mundo, sino que se esperaba instruirle para que se pudiera integrar en estructuras económico-sociales precisas y que fuera capaz de un hacer productivo. En este sentido el discurso posmoderno, el discurso de Paulo Freire, que desvela las estructuras de dominación y opresión que conformaban el discurso de la modernidad, implica ante todo una revolución social: una radicalización democrática. Freire

ve la educación como un aprendizaje en el quehacer, donde enseñar no es ya la pura transferencia mecánica del perfil del contenido que el profesor hace al alumno, pasivo y dócil, donde el educador no impone la lectura del mundo del libro de texto o su propia lectura del mundo como la única verdadera” (61).

El ser humano como devenir

“Paulo Freire, que entiende al ser humano como devenir, lo describe inmerso en un proceso dialéctico consigo mismo (tensión creadora de nuestro devenir: acción transformadora de nuestra relación con las fuerzas socioculturales de nuestro entorno, mediante la influencia que ejercemos sobre ellas y ellas sobre nosotros en un proceso siempre renovado): —*No somos sólo lo que heredamos ni únicamente lo que adquirimos, sino la relación dinámica y procesal de lo que heredamos y lo que adquirimos*». La educación, por lo tanto, afirma Freire, debe procurar *un proceso de constante liberación*” del ser humano. Es decir, la lectura del mundo como un quehacer, pues “*la problematización es a tal punto dialéctica que sería imposible que alguien la estableciera, sin comprometerse con su proceso*”. Consecuente con estos principios, Freire rechaza luego la dicotomía que de hecho se establece al encasillar a los seres humanos en el desarrollo educativo a través de una concepción “bancaria” de la educación: la formación de seres en el mundo (adaptados al mundo), en lugar de seres creadores de mundo (61).

“El objetivo de los sistemas tradicionales de educación es conseguir la adaptación del educando al mundo (más educado cuanto más adaptado). El educando visto como objeto de la educación, como recipiente receptor de una aproximación depositaria, ser pasivo en un proceso de entrega y aceptación. Todo proceso de adaptación implica, por una parte, como señala con ironía Freire, —*la existencia de una realidad acabada,|| pero también un negar al educando su derecho a transformar el mundo*” (61). Las repercusiones sociales en el mantenimiento del statu quo de las estructuras de poder son obvias.

“La repercusión del pensamiento que Freire comienza a articular en la década de los años sesenta, ha sido extraordinaria. Las reformas educativas posteriores parecen todas estar de acuerdo en la necesidad de motivar al educando a ser sujeto de su educación. La articulación teórica de esta innovación pedagógica llega incluso a “prescribir” un educando sujeto. Quizás este intento de prescribir debe suscitar en nosotros un toque de alarma. Debe recordarnos al “oprimido” del que habla Freire, que identifica la libertad con la apropiación de las características del opresor. Así nos parece, en gran medida, un discurso teórico liberador, cuya aplicación, que había de conducir a la praxis liberadora, se mantiene atrincherada en los esquemas tradicionales de negación de libertad, que impregnan tanto el plan del curso, como los exámenes, el libro de texto, las relaciones educador-educando, la sala de clase e incluso la concepción del educando, entre otros muchos aspectos que tradicionalmente definieron la educación depositaria” (61).

“En los programas de estudio se prescribe un plan donde cada día y cada actividad del día aparecen programados. La aproximación lineal es la nota

característica. No se ha superado la concepción newtoniana del tiempo que domina todavía en nuestra cultura. Sobre todo en las dimensiones de que puede dividirse y de que cada división es homogénea, así dividimos el tiempo en bloques. Independiente de las peculiaridades del educador y del educando, se prescribe un plan de estudio donde a la lección “a” debe seguir la lección “b”. Se establece a priori que, por ejemplo, la relación del tema de estudio con el contexto histórico o político se haga antes o después del literario o del geográfico. Se restringe de este modo la libertad del educando. Se le desalienta a desarrollar una motivación interna, mediante el premio a los capaces de captar y adaptarse a la estructura que el curso prescribe. Se proscribe, en otras palabras, que el educando convierta el proceso educativo en un quehacer, que se convierta en sujeto de su educación” (61).

“Los exámenes acentúan la pasividad en la adquisición de los conceptos depositados a través de una serie de pruebas denominadas “objetivas”, que buscan que el educando repita la información depositada en él. La respuesta que reproduce con más exactitud la información depositada, recibe igualmente la nota más meritoria. Estos exámenes se convierten en ejercicios de adopción y adaptación, sin lugar para la individualidad del educando y mucho menos para la problematización de los conceptos: No interesa el camino como producto de un quehacer individual, sino el calco del camino prescripto por el educador o el libro de texto” (61).

“El libro, con su estructura prefijada y cerrada, dificulta (creo que en la mayoría de los casos impide) que el educando vea su proceso educativo como quehacer. El libro, conviene recalcar de nuevo, responde a la estructura de la

modernidad, o sea, a un proyecto de control del texto, de la información, del poder. El libro proyecta la ilusión de la estabilidad del texto, subraya la permanencia. El libro, en fin, incita a la lectura pasiva, a la aceptación, a la repetición; celebra la estructura y el orden establecidos, el sistema” (61).

“La sala de clase como generadora de diálogo, como encuentro entre los educandos en su quehacer educativo individual, es un lugar necesario, sea éste físico o virtual. Sin embargo, con su implícito aquí y ahora prefijado, puede convertirse en un serio impedimento. Sucede así cuando el énfasis recae en el grupo y en el aquí y ahora, cuando se convierte en extensión de la estructura cerrada de un plan de curso, cuando se circunscribe a la rigidez de un libro de texto a seguir, cuando el educador dicta la clase, y el espacio físico se convierte en un lugar reservado para transmitir y depositar información” (61).

“Las relaciones educador-educando son complejas incluso en situaciones teóricas ideales. El educador como guía, como tutor, como compañero de diálogo, como motivador, como recurso, apenas es una abstracción en la praxis de los sistemas educativos. Por una parte, la realidad de la educación bancaria que ellos mismos recibieron se erige como un obstáculo formidable para evitar el imitar lo que ellos vieron en sus profesores y que llegaron a aceptar como ideal educativo. Por otra parte, ellos son únicamente un eslabón, sin duda fundamental, pero en definitiva uno de muchos. Incluso quienes llegaron a superar el concepto bancario de la educación tradicional, se encuentran limitados por los obstáculos institucionales enumerados en los puntos anteriores. Paulo Freire subraya con claridad el presupuesto fundamental que debe guiar las relaciones educando-educador” (61):

“Es preciso que el educador o la educadora sepan que su aquí y su ahora son casi siempre un allá para el educando. Incluso cuando el sueño del educador es no sólo poner su aquí y ahora, su saber, al alcance del educando, sino ir más allá de su aquí y ahora con él o comprender, feliz, que el educando supera su aquí, para que ese sueño se realice tiene que partir del aquí del educando y no del suyo propio.” (74).

“El educando aparece desdoblado en el proceso educativo: por una parte, el ser abstracto del discurso teórico pedagógico y, por otra, la persona real que asiste diariamente a las salas de clase. El que las últimas reformas educativas, por ejemplo, parezcan todas coincidir en que el educando debe ser sujeto de su educación, no ha llegado a alterar el concepto tradicional que presenta al educando como tabula rasa, que el educador debe ir poco a poco llenado, mediante depósitos de los materiales que los programas educativos prescriben. No se ha superado todavía la percepción de que educador es quien sabe y educando quien no sabe. No se ha logrado eliminar tampoco la distancia entre el saber informal (la experiencia vivida) y el saber formal (el saber adquirido en la escuela)” (61).

Paulo Freire ya nos hablaba de que:

“no podemos dejar de lado, despreciando como inservible lo que los educandos –ya sean niños que llegan a la escuela o jóvenes y adultos en centros de educación popular— traen consigo de comprensión del mundo, en las más variadas dimensiones de su práctica dentro de la práctica social de que forman parte” (79).

“Si el educando ha de ser sujeto de su educación, si ésta debe convertirse en un quehacer del educando según inicia su comprensión del mundo, necesariamente debe arrancar de su propio contexto, de su propia

visión del mundo y en diálogo con ella ir apropiándose del saber, hacer su propio camino” (61). Es decir, en palabras de Freire, “*para que quien sabe pueda enseñar a quien no sabe es preciso que quien enseña sepa que no sabe todo y que quien aprende sepa que no lo ignora todo*” (72).

“Conviene subrayar en este contexto, aun cuando suene a reiteración, que ninguno de los aspectos destacados anteriormente se da aislado en la praxis educativa. De ahí la dificultad de romper con el círculo depositario de la educación, pues tradicionalmente todos ellos apuntaban en una dirección, y todos ellos necesitan de una transformación radical antes de que pueda emerger el proceso educativo como diálogo, como quehacer. Tal es también el contexto sociocultural que exige, crea y transforma el hipertexto como respuesta a una problemática y a una necesidad” (61).

“Freire nos dice que —*cualquiera que sea la calidad de la práctica educativa, autoritaria [la prescripción tradicional] o democrática [la educación como quehacer], es siempre directiva*». Sólo cuando la dirección del educador interfiere con la capacidad creadora del educando, su labor se convierte en manipulación. El hipertexto proporciona enlaces directrices que potencian la capacidad creadora del educando. Estos enlaces deben incluir la posibilidad de salir fuera de la estructura creada por el autor o prefijada por el educador, de modo que el educando pueda tener acceso igualmente a posiciones encontradas que puedan enriquecer su propia pronunciación del mundo. Es decir, la dimensión política y directiva de la educación es un hecho” (61).

Nuestro deber, añade Freire:

—En cuanto uno de los sujetos de una práctica imposiblemente neutra —la educativa—, es expresar mi respeto por las diferencias de ideas y de opciones. Mi respeto incluso por las posiciones antagónicas a las mías, que combato con seriedad y pasión” (74).

El acto de enseñar:

—no puede reducirse a un mero enseñar a los alumnos a aprender‖ como si —el objeto del conocimiento fuese el acto mismo de aprender.‖ El enseñar a aprender sólo es válido —cuando los educandos aprenden a aprender la razón de ser del objeto o del contenido” (80).

“Esto es lo que facilita el hipertexto. Por una parte, la variedad de las posibles estructuras del hipertexto proporcionan cierto control sobre el texto y sobre los posibles trayectos a seguir; por otra parte, aunque los enlaces colocados estratégicamente aseguran que se puedan subrayar los aspectos que el educador considera fundamentales, el educando es quien opta por seguir o no un enlace en un momento determinado. Lo que el hipertexto dificulta, sobre todo si es abierto, es que, en palabras de Freire” (61):

—El profesor o profesora, subrepticamente o no, imponga a sus alumnos su propia lectura del mundo‘ [...] [el papel del educador] que no puede ni debe omitirse, al proponer su lectura del mundo‘ es señalar que existen otras lecturas del mundo‘ diferentes de la suya y hasta antagónicas en ciertas ocasiones‖ (74).

He aquí la función de los enlaces que llevan a estructuras de hipertextos fuera de la propia y permiten al educando, si así lo desea, aventurarse en otras formas de pensar.

“Con Freire, partimos del principio de que sólo podemos concebir al ser humano *histórica, cultural y socialmente existiendo, como seres que hacen su*

‘camino’ y que, al hacerlo, se exponen y se entregan a ese camino que están haciendo y que a la vez los rehacen a ellos también». Considerar el aquí del educando, partir de sus conocimientos del mundo, no significa, por otra parte, *—quedarse girando en torno a ese saber. Partir significa ponerse en camino; irse, desplazarse de un punto a otro*». Este es el ideal que facilita el hipertexto. Se motiva al educando a tomar control de la lectura. El mero hecho de optar por seguir un enlace, potencia que ese punto se convierta en su aquí, desde el cual inicia la comprensión y recreación del texto. Los enlaces a posiciones encontradas sobre el tema de la lectura subrayarán su papel de sujeto, pues incita a repensar lo leído y a personalizar la lectura al optar por una de las posturas, o dialogar con ellas, según las asume en su propio quehacer. El hipertexto, en fin, motiva, facilita, que el educando se convierta en sujeto de su proceso educativo” (61).

“No obstante las consideraciones precedentes, se ha buscado relacionar y reflexionar sobre tres conceptos fundamentales: el de educación, el de hipertexto y el de las fuerzas socioculturales de nuestro quehacer colectivo que genera y transforma a ambos. Siguiendo a Freire, hemos partido de un concepto preciso de educación, que propone que *“enseñar ya no puede ser ese esfuerzo de transmisión del llamado saber acumulado que se hace de una generación a la otra, y el aprender no puede ser la pura recepción del objeto o el contenido transferido”* (61). Es decir, se trata de una visión radical, de una educación como práctica de la libertad, que ya:

—no es la transferencia o la transmisión del saber, ni de la cultura, no es la extensión de conocimientos técnicos, no es el acto de depositar

*informes o hechos en los educandos, no es la perpetuación de los valores de una cultura dada, no es el esfuerzo de adaptación del educando a su medio” (73). Educar es “*un encuentro donde se busca el conocimiento*” (73). —*La tarea del educador, entonces, es la de problematizar a los educandos, y el contenido que los mediatiza*” (77).*

“Esta propuesta de Freire, aceptada ya en la teoría del discurso pedagógico, ha creado unas expectativas socioculturales, las cuales se exteriorizan a través de creaciones técnicas que puedan ayudar en la conquista de tales expectativas. La técnica digital, y en nuestro caso de reflexión el hipertexto, es una herramienta que parece responder a las múltiples facetas de la propuesta del brasileño Paulo Freire” (61).

“De lo descrito con antelación se puede concluir que un aspecto importante en el proceso de cuidar, se refiere a la experiencia adquirida. Alcanzada por intermedio de la vivencia, de las situaciones que ocurren en lo cotidiano del cuidado entre los seres, esa experiencia se fortalece con el conocimiento formal adquirido, capaz de establecer relaciones, hipótesis, juicios, deducciones, análisis y síntesis, favoreciendo la toma de decisiones, y por fin de acciones” (60).

“En esos términos parece oportuno cuestionar y reflexionar sobre cuál ha sido, hasta entonces, el significado atribuido al cuidado, por cuidadoras, y por aquellos que lo reciben, así como por las instituciones educativas y de salud y por la sociedad” (60).

“La educación en enfermería tiene, sino el más importante, uno de los roles esenciales para una socialización del cuidado humano. No existen, sin embargo recetas, planes de enseñanza o manuales para enseñarlo. El cuidado

técnico puede ser enseñado, pero el cuidar en el sentido más amplio, entendido como un proceso interactivo, necesita ser vivido. Las escuelas, en sus currículos de enfermería podrán, a través del ejercicio del cuidado humano en el propio ambiente académico, ofrecer un clima en el que prevalezcan las relaciones de cuidado” (60).

El tratamiento de la diabetes es complejo y exige la participación activa de las personas afectadas. Estos pacientes tienen el derecho y el deber de tomar importantes decisiones sobre sus cuidados y tratamiento, en términos de corresponsabilidad en el pacto terapéutico a establecer entre el paciente y los profesionales sanitarios que lo atienden.

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético, mejora el control metabólico y reduce las complicaciones agudas y crónicas y la hospitalización. Las personas con diabetes, utilicen o no insulina, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad; por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo tratarla.

Ortiz (81) sostiene que —*La Educación no es una parte del tratamiento de la diabetes, es el tratamiento mismo*—. La educación terapéutica constituye, pues, la base fundamental para el manejo de la diabetes. Vicenzi et al (82) nos dice:

—*Las nuevas estrategias se dirigen al cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo; empoderamiento del mismo y de la comunidad para actuar en defensa de su salud. La promoción de la salud, desde la*

intervención educativa, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoran la calidad de vida.

Por lo tanto, es importante valorar los saberes y prácticas de las personas con diabetes como aporte para el cuidado de enfermería, teniendo en cuenta las importantes experiencias compartidas dando voz a las personas cuidadas como protagonistas del proceso educativo. Así es necesario romper con la educación bancaria, fomentar la crítica y la reflexión de las personas a través del diálogo destinadas a la transformación social. Para acceder a sus saberes y prácticas de cuidado, es relevante la articulación de estos con los de origen técnico-científica.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio:

El diseño utilizado en el presente trabajo de investigación es cualitativo, ya que la investigación cualitativa se basa en un paradigma distinto a los dominantes en los servicios de salud.

Enfermería, como una profesión al cuidado de las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento que le permitan comprender el complejo mundo “de las experiencias vividas desde el punto de vista de las personas que la viven”, mediante el desarrollo del pensamiento crítico en la atención de enfermería.

La investigación cualitativa que se fundamenta en el paradigma constructivista, considera la participación del ser humano en una situación, entendiendo que la realidad no es externa a las personas, sino construida, es decir que por medio del pensamiento y la acción se da forma al mundo que rodea a las personas. Los seres humanos, son por tanto, creadores y activos del mundo social; atribuyen significados subjetivos a los eventos y actúan de acuerdo con estas interpretaciones, las cuales se modifican en el propio proceso de relación con los demás (82).

En este tipo de investigación no se busca la explicación, ni la predicción, sino la comprensión desde la perspectiva interna de las personas que vivencian una experiencia dada, a través del ver y sentir del otro. De esta manera, comportamientos que a primera vista parecen irracionales e inexplicables vistos desde el lugar de los actores tienen un sentido,

permitiéndose así entender las diferentes conductas de las personas investigadas. Por consiguiente la metodología cualitativa no mide un fenómeno, sino que lo describe y lo interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda (82).

Jiménez (83) define: *“los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos*l. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. El objetivo y lo objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta.

3.2. Método de investigación

El abordaje metodológico fue descriptivo explicativo que parte de lo deductivo a lo inductivo.

El estudio descriptivo se dirige fundamentalmente a la descripción de fenómenos sociales o educativos en una circunstancia temporal y especial determinada. Los diferentes niveles de investigación difieren en el tipo de pregunta que pueden formular. Mientras en las investigaciones exploratorias no se plantean preguntas que conduzcan a problemas precisos, sino que se

exploran áreas problemáticas. En este nivel las preguntas están guiadas por esquemas descriptivos y taxonomías; sus preguntas se enfocan hacia las variables de los sujetos o de la situación. Este tipo de estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, de forma tal de describir lo que se investiga. Este tipo de estudio puede ofrecer la posibilidad de llevar a cabo algún nivel de predicción (aunque sea elemental). Como aproximación a un aspecto de la realidad social, tenemos en primer lugar (en el sentido de más elemental) las investigaciones de tipo descriptivo. Buena parte de lo que se escribe y estudia sobre lo social no va mucho más allá de este nivel. Consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. La descripción consiste en poder responder las siguientes cuestiones al final de la investigación: Pregunta Términos ¿Qué es? Enunciado ¿Cómo es? Propiedades ¿Dónde está? Lugar ¿Qué actores están involucrados? Actores ¿Qué elementos lo componen? Composición.

Se trata, pues, de una enumeración en la que se hace una especie de inventario de las preguntas antes indicadas. Es una forma de producir información que puede ser utilizada para todo tipo de trabajos y servicios socio-educativos.

3.3. Sujeto de la investigación

Los participantes fueron las personas portadoras de DM 2 atendidos en la Consulta Externa, independientemente del sexo. Fueron captados en la sala de espera de la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología, desde la primera semana del mes de marzo, a la última semana del mes julio del año 2015.

Para delimitar la muestra se usó la técnica de "saturación", ya que la indagación culminó cuando las entrevistas empezaron a repetirse en su contenido y evaluado el logro de los objetivos de la investigación.

Los participantes tuvieron las siguientes características:

- Personas que presentan DM 2 atendidas en la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología del HNGAI
- Personas que presentan DM 2 orientados en tiempo, espacio y persona
- Personas que presentan DM 2 que acepten y posibiliten la realización de la entrevista.

Tabla 1: Datos de Personas encuestadas según: genero, edad, tiempo de enfermedad, tratamiento y complicaciones

	Genero	Edad (años)	Tiempo Enfermedad (años)	IMC	Tratamiento Actual	Complicaciones
E 1	F	74	10	22.22	Metformina	Osteoporosis, artrosis
E 2	F	71	17	24.44	Espironolactona, Propanolol, Omeprazol	Cirrosis hepatica
E 3	F	81	40	29.33	Insulina, Microformina, Vasaltran	Hipertensión, Cataratas
E 4	M	65	3	27.38	Metformina, Atorvasatina, Losartan, Aspirina	Hipertensión, Parálisis facial
E 5	F	72	15	31.56	Metformina, Atorvasatina, Losartan, Gabapentina	Hipertensión, Operada del Colon
E 6	M	83	35	22.22	Metformina, glidiabet, captopril	Retinopatía diabética, hypertension
E 7	F	54	36	27.56	Metformina, levotiroxina	Tiroides, Ulceras gástrica, Cirrosis hepatica
E 8	M	62	5	33.76	Metformina, glibenclamida	Glaucoma
E 9	M	55	10	24.38	Metformina, insulina, atorvastatina	Amputación supra condilia MID
E10	F	70	12	27.11	Glidiabet, Metformina, atorvastatina, aspirina	Nefropatía diabética, cataratas
E 11	F	62	25	31.08	Insulina, Gabastatina	Linfoma de Hodgkin
E 12	F	72	30	20.31	Insulina, Metformina	Retinopatía diabética, pie diabetic
E 13	F	75	20	27.68	Insulina	ACV (12 años), Nefropatía diabetic
E 14	F	49	18	31.60	Insulina, terapia laser para vista	Pie diabético, Retinopatía diabetic
E 15	F	61	15	27.01	Metformina, Glibenclamida	Quiste renal
E 16	F	77	30	21.08	Dieta	Problema hipófisis
E17	M	74	8	29.76	Insulina, Metformina	Ninguna

E 18	F	68	8	29.22	Metformina	Insuficiencia vascular periférica, Necrosis de miembros inferiores (injerto)
E 19	M	55	25	27.69	Metformina, insulina	Celulitis pie derecho, insuficiencia renal, Retinopatía diabetic
E 20	F	50	1	34.48	Metformina	Ninguna
E 21	F	51	5	25.40	Metformina, atorvastatina	Ninguna
E 22	F	44	12	39.26	Insulina, Metformina	Ninguna
E 23	F	66	20	28.89	Metformina, atorvastatina, Losartan	Insuficiencia vascular periférica. Amputación del dedo del pie derecho

Fuente: Guía de entrevista a profundidad aplicado a personas con DM 2 de la consulta externa del servicio de endocrinología del HNGAI, 2015. Elaborado por Gaby Chávez Zegarra

Se entrevistó un total de 23 personas con DM2 dividido en 17 mujeres y 6 hombres, con 7 entrevistados dentro del grupo etario de adultos (40-60 años) y 16 dentro del grupo de adultos mayores (60 años a mas).

Se han establecido cuatro rangos para identificar el número de años de convivencia con diabetes: 0 a 5 años, 6 a 15 años, 16 a 25 años y 26 a más años. El rango con mayor representatividad es el de 6 a 15 años con 8 entrevistados, mientras que los otros tres rangos tienen una distribución equitativa con 5 entrevistados en cada uno de ellos.

El principal rango de Índice de Masa Corporal identificado es el de “sobrepeso” con 11 participantes, 6 se ubican dentro del rango “normal”, 5 dentro del rango “obesidad I” y 1 entrevistado se encuentra dentro del rango “obesidad II”.

Aunque se identificaron diversas combinaciones de medicamentos para tratar los distintos estadios de la diabetes, enfermedades relacionadas y no relacionadas de cada uno de los participantes, el uso de la Metformina fue el tratamiento de mayor uso (17 participantes) y la insulina fue el segundo (9 participantes) tratamiento más prescrito.

Se presentaron diversas complicaciones como resultado de la diabetes en 19 entrevistados, mientras que solo 4 no tuvieron ninguna complicación. La distribución de participantes entre las categorías identificadas fue: 7 participantes con problemas de visión comprendidos entre cataratas, glaucoma y disminución de claridad visual; 6 participantes con complicaciones de miembros inferiores incluyendo amputaciones de piernas, necrosis y celulitis; 4 participantes con problemas renales como insuficiencia y quistes renales; y 4 participantes presentaron problemas de hipertensión.

Esta información permitió caracterizar a la población del estudio determinando los problemas fisiopatológicos presentes como producto de los estilos de vida y un inadecuado control de la enfermedad, y tener en cuenta dicha información al momento de analizar los resultados obtenidos de las entrevistas.

3.4. Escenario de estudio

El presente estudio se desarrolló en un Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del Seguro Social del Perú (EsSalud), acreditado como Nivel III-2, ubicado en la Av. Grau 800 en el distrito de la Victoria,

departamento de Lima, el cual no cuenta con población adscrita por ser hospital referencial de la Red Asistencial Almenara, por lo que los pacientes atendidos son derivados de otros centros de salud de menor resolución. HNGAI cuenta con 74 años de servicio a la comunidad asegurada y derecho-habiente, brinda servicios en las diferentes especialidades médico-quirúrgicas especializadas, emergencia y consulta externa, cuentan con un promedio de 908 camas.

El escenario de estudio fue la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología ubicado en el segundo piso de la nueva torre de consulta externa que funciona desde el año 2013. Los pacientes atendidos en este servicio son derivados de otros centros de salud de la Red Asistencial Almenara u otros centros de salud a nivel nacional de EsSalud, porque presentan enfermedades derivadas de alteraciones endocrinológicas primarias o secundarias de otras patologías. En promedio se atienden 1200 pacientes mensuales, de los cuales el 27.5% corresponden a personas con DM 2 que presentan complicaciones derivadas de la enfermedad y un porcentaje minoritario es atendido en esta institución por ser familiares de trabajadores o ex trabajadores.

3.5. Procedimiento de recolección de datos cualitativos

- **Técnica de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista abierta a profundidad (Anexo N° 01), elaborada por la investigadora; la cual fue

aplicada a las personas con DM 2 que posibilitaron y aceptaron la aplicación de la misma, previa información de los fines del estudio.

Para la aplicación del presente estudio de investigación se tramitó la autorización correspondiente de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación, y del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

La aproximación a las personas con DM 2 se realizó en la sala de espera de la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología. La investigadora conocía de antemano la identidad del paciente a abordar. El momento que se eligió para el contacto y realización de la entrevista, fue antes de que fueran atendidos por el médico programado en la consulta externa.

En un primer paso, la investigadora se presentó e identificó, luego se le explicaron los motivos e intenciones de la investigación al paciente, así como todos los aspectos éticos: que es voluntario, que se garantiza el anonimato, que será grabada previo consentimiento y que puede retractarse, si en algún momento no está de acuerdo con algún aspecto, es decir, tiene la última palabra. Se le describió el lugar de la entrevista, el cual reunió las condiciones de privacidad, solicitándole que acompañe a la investigadora si acepta las condiciones.

Se procedió a realizar la entrevista personal lanzando la pregunta motivadora: ¿Qué conocimientos tiene y qué practicas realiza para su cuidado?, permitiendo que el participante se exprese libremente y sin interrupciones; para que los discursos sean narrados en toda su dimensión.

Cuando la persona respondió con frases cortas, se procedió a reiterar las preguntas orientadoras o utilizar frases como "¿Qué más?", "Continúe"; de tal forma que se permitió llegar a la aprehensión del significado o develamiento del fenómeno.

La duración de la entrevista fue en promedio de 20-35 minutos, y fueron grabadas previo consentimiento escrito del entrevistado. El número de entrevistas que se realizaron fue 23, determinado por el criterio de saturación de la información.

- **Procesamiento de análisis de datos**

La investigación cualitativa(82) consideran que cualquiera que sea el estilo analítico adoptado, hay un momento en el que el investigador se encierra a solas con los datos y es entonces cuando comienzan verdaderamente las dificultades, pues tiene que responder a preguntas, tales como: ¿Cómo realizar técnicamente las seductoras propuestas de la teoría?, ¿Qué hacer con una información tan heterogénea?, ¿Cómo debe ser el manejo para hacer emerger ese torrente de conceptos y proposiciones que sugiere el análisis cualitativo?

El análisis de contenido (84) de los mensajes tiene dos funciones:

- *—Una función heurística: El análisis de contenido enriquece el intento exploratorio, aumenta la propensión al descubrimiento; El análisis de contenido es "ver lo que da";*
- *Una función de administración de la prueba: Supuestos en forma de preguntas o afirmaciones que sirven como directrices provisionales, será de interés para el método de análisis sistemático*

que ser verificados en el sentido de una confirmación o una refutación.

De acuerdo a la orientación metodológica para el análisis de los discursos de los relatos de los adultos con DM 2, el proceso analítico empleado fue el análisis de contenido, que consiste en reportar en cada relato los pasajes concernientes a temas específicos, con el objetivo de comparar después los contenidos de esos pasajes de un relato a otro (66).

El análisis de contenido consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen la comunicación y cuya frecuencia de aparición pueden significar algo para el objetivo analítico seleccionado.

Según Bardin (83), *„tema‘ es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura.*

Los datos recolectados se revisaron con el análisis de contenido, que permitió sistematizar la información y ejecutar tres etapas:

- a) La del pre análisis, que es la organización de las entrevistas y su selección.
- b) La descripción analítica, en la que las entrevistas son analizadas en profundidad en base a los referentes teóricos o hipótesis. Se crean los temas de estudios, se categorizan y codifican.
- c) Interpretación referencial, que revela a partir de datos empíricos o de la información recolectada las relaciones entre el objeto de

análisis y su contexto más amplio, lleva a la reflexión y pueden generar nuevos paradigmas, estructuras y relaciones a estudiar (85).

“Se describió la dinámica del tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo de categorías temáticas, por considerar una técnica que permite evidenciar las “unidades de significado”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar algo en particular para el objetivo analítico seleccionado” (60).

Fueron procesadas en cinco principales etapas descritas para efecto didáctico porque algunas de ellas, en la práctica, ocurrieron simultáneamente. Estas etapas fueron:

- a) “Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas” (60);
- b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;
- c) “Lectura de los relatos de cada persona entrevistada sobre los temas trabajados de todo el material para analizar lo que había de semejante, o no, en sus narrativas” (60);
- d) “Se destacaron las ideas centrales (temas) dadas por los entrevistados, relativas a cada cuestión, siendo identificadas a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante precisar que para agrupar las categorías, se utilizó la técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó la credibilidad de la

separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto quiere decir que se construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se obtuvieron 30 unidades temáticas que permitieron luego construir las unidades de significado” (60).

- e) “Luego se procedió al recorte de la información que componía las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica” (60).

De todo ese proceso de clasificación, emergieron 03 categorías temáticas, las cuales son presentadas a continuación:

- Saberes de las personas con DM 2 sobre el proceso Salud/ Enfermedad .
 - Saberes centrados en la experiencia práctica de la persona con diabetes.
 - Atribución de la enfermedad a eventos de la vida cotidiana.
 - Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y sus complicaciones.

- Practicas para el (auto) control de la enfermedad
 - Hábitos alimentarios
 - Tipos de actividades físicas

- Expresión de sentimientos y su relación con los saberes y prácticas de las personas con DM 2

3.6. Consideraciones éticas y de rigor científico

3.6.1. Consideraciones éticas

Durante el desarrollo de la investigación se respetaron y cumplieron los criterios de:

a) Anonimato:

“Se realizaron las entrevistas indicando a los participantes que se conservaría el anonimato y que la información obtenida se utilizaría solo para fines de la investigación” (60).

b) Privacidad:

“Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó que sea expuesta, respetando la intimidad de los participantes, siendo útil solo para fines de la investigación” (60).

c) Honestidad:

“Se informó a los participantes los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio” (60).

d) Consentimiento

“Solo se trabajó con los participantes que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo” (60).

3.6.2. Consideraciones de Rigor científico

“El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación, permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos” (60).

a) Credibilidad:

“El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. En el presente estudio se recolectaron los datos a través de grabaciones de voz que fueron transcritas por completo, sin omitir o agregar información. Todo el proceso siguió los pasos necesarios para mantener constantemente la confianza. La información que se obtuvo se apegó a la verdad y cumplió con el objetivo propuesto” (60).

b) Transferibilidad

“Consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad, se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Los resultados de la investigación en curso son transferibles, se describió oportunamente todo el contexto de la realidad según la percepción de los participantes” (60).

c) Consistencia

“Conocida a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. A lo largo del presente estudio de investigación se realizaron comparaciones constantes con resultados emergentes de teorías previamente formuladas” (60).

d) Confirmabilidad

e) “Bajo este criterio, los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. Para lograr la objetividad, el instrumento de recolección de datos reflejó los objetivos del estudio

y se realizaron transcripciones textuales de las entrevistas. Posteriormente, la escritura de los resultados se contrastó con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las Fuentes” (60).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características socio demográficas de los sujetos de estudio: variables que influyen en la producción del discurso

Para una mejor comprensión de los resultados del estudio se ha considerado describir el perfil de los sujetos involucrados en ella, destacando sus características individuales.

Tabla 2: Características socio demográficas de los sujetos de estudio

N°	Género	Estado Civil	Grado de Instrucción	Ocupación	Con quién vive	Responsable de su cuidado
E 1	F	Soltera	Sin estudios	Ama de casa	2 hijos	Cuidadora
E 2	F	Casada	primaria	Ama de casa	Esposo	Esposo
E3	F	Viuda	Primaria	Ama de casa	Hija	Hija
E4	M	Casado	Secundaria	Chofer	Esposa	Esposa
E 5	F	Conviviente	Primaria	Ama de casa	Esposo / conviviente, 2 hijas	Hija
E 6	M	Casado	Secundaria	Jubilado	Esposa, 2 hijos	Hijos
E 7	F	Casada	Superior	Ama de casa	Esposo, nuera, nieto	Nuera
E 8	M	Casado	Sin estudios	Jubilado	Esposa, 3 hijos y 2 convivientes	Ella misma
E 9	M	Casado	Secundaria	Jubilado	Hija, nieto	Hija

E10	F	Divorciada	Superior	Jubilado	Hijo	Ella misma
E 11	F	Viuda	Primaria	Ama de casa	Hija e hijo	Ella misma
E 12	F	Casada	Secundaria	Ama de casa	Esposo, 4 hijos, 2 yernos	Hija y esposo
E 13	F	Casada	Primaria	Chofer	Esposa e hijos	Hija y esposa
E 14	F	Casada	Secundaria	discapacitada	Esposa y 2 hijos	El mismo
E 15	F	Casada	Primaria	Ama de casa	Esposo, 2 hijos, nieta	Ella misma
E 16	F	Casada	Superior	Ama de casa	Esposo, hijos	Esposo
E 17	M	Casado	Secundaria	Jubilado	Esposa, hijo	El mismo
E 18	F	Casada	Secundaria	Ama de casa	Esposo, hijo, hija, nieto	Hijos
E19	M	Casado	Secundaria	Chofer	Esposa, hija, mama	Esposa, hija
E 20	F	Casada	Superior	Empleada MINSAs	Mama, 2 hijas	Hijas
E 21	F	Soltera	Superior	Empleada MINSAs	Mama, 2 hijas	Ella misma,
E 22	F	Soltera	Secundaria	Obrera de fabrica	2 hijas	Ella misma
E 23	F	Casada	Primaria	Comerciante	Esposo, 3 hijos, 1 hija	Hijos

Fuente: Guía de entrevista a profundidad aplicado a personas con DM 2 de la consulta externa del servicio de endocrinología del HNGAI, 2015. Elaborado por Gaby Chávez Zegarra

En la Tabla 2 se representan las características socio demográficas de los sujetos de estudio, ilustrando que se entrevistó un total de 23 pacientes para el presente estudio. El grupo de entrevistados está dividido en 17 mujeres y 6

hombres, con 7 entrevistados dentro del grupo etario de adultos (40-60 años) y 16 dentro del grupo de adultos mayores (60 años a mas).

La mayoría de participantes están casados. Adicionalmente, 9 entrevistados reportan educación secundaria, mientras que 5 reportaron educación primaria y otros 5 educaciones superiores. La principal ocupación dentro del grupo de participante es “ama de casa” en un total de 10. El total de entrevistados refieren que viven acompañados de familiares directos (Esposo (a), Hijos, Padres). Así mismo, los responsables de su cuidado responden 9 que son responsables ellos mismos, 6 los hijos, 3 los esposos (as), 3 los esposos e hijos, y solo 2 están a cargo de terceros (cuidador y nuera), estos resultados guardan directa relación con la predominancia de que los entrevistados son de sexo femenino.

Estos datos nos permiten reconocer que los servicios de salud deben preocuparse por el aumento de la supervivencia de la Población, que a su vez es concurrente con el crecimiento de la carga y el impacto que surge del aumento de la frecuencia de la DM 2. Considerando que la gestión de la enfermedad implica cambios en el estilo de vida, es fundamental para el desarrollo de actividades de educación para la salud para evitar complicaciones de la enfermedad lo antes posible.

En cuanto a las variables económicas y sociales, como la educación, la ocupación, confirmando con los resultados obtenidos en la investigación, entre otros, el ajuste de las características de los estudios muestra una mayor prevalencia de personas de educación básica, que depende de otras personas y son atendidos por el sistema de salud pública contributivo. Los niveles de

educación más altos son a menudo analizados como cruciales para una mejor calidad de vida y la longevidad.

Estos resultados están directamente relacionados con las dificultades que presentan para controlar la enfermedad. Cyrino (84) señala que el acceso a la información sobre el auto cuidado y el autocontrol de la enfermedad no es suficiente para asegurar la adopción de una práctica de auto cuidado. Este hallazgo demuestra que otros factores influyen en el modo de conducción de la vida y de auto cuidado de pacientes con DM. En ese sentido, el conocimiento y las prácticas, creencias y valores, la relación con los servicios de salud se involucra directamente en este proceso.

Watson (55) señala la importancia de los cuidados tomando como partida las referencias de los sujetos sobre sus valores y creencias, y se basarán en los valores humanísticos universales como la bondad, la preocupación, el amor al prójimo y de sí mismo, en sus dimensiones más amplias y profundas. Así se cultiva la conciencia de ser capaz de amar y respetar la variedad y singularidad de los individuos, valorar las diferencias, y no vernos sólo desde su propia perspectiva. El personal de enfermería debe ser consciente de estos indicadores para el cumplimiento los objetivos de control glucémico, metabólicas y cardiovasculares, así como su periodicidad en los controles.

En cuanto al apoyo social para hacer frente a la DM se reportó en todos los casos la participación de los miembros de la familia: esposo / esposa, hijos, nuera y solo un caso a cargo de un cuidador. También pone de relieve la importancia de la participación de la familia o de la red de apoyo social; sin

embargo, la familia es poco considerada en la práctica clínica y en el proceso de la educación.

Watson (55) destaca como una necesidad humana universal, y base para el desarrollo humano, que las personas sienten la necesidad de ser anfitrión de la familia principalmente en el momento de la enfermedad y cuando no hay tal apoyo, hay mayor dificultad para realizar el autocuidado.

4.2. Categorías temáticas

Las categorías presentadas emergieron de las propias narrativas de las personas portadoras de DM 2. Fueron construidas a partir de los datos recogidos en las entrevistas, se configuraron las temáticas encontradas y respetó la veracidad de las narrativas (85).

El método permitió que los sujetos de estudio cuenten sus experiencias de vivir con DM 2, que son una representación de la realidad personal.

Como lo destaca Deobold (86) al referir:

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

“Como se evidencia, el método descriptivo explicativo permitió a las personas entrevistadas relatar sus experiencias en el cuidado de sí, lo primero porque lo sienten y lo segundo porque lo ven. Fue la oportunidad para exteriorizar sus sentimientos y pensamientos reprimidos como una experiencia no gratificante” (60).

“Los testimonios fueron analizados respetándose la individualidad y la especificidad de cada participante, por eso sus discursos fueron agrupados en categorías, de acuerdo con los temas que emergieron de los discursos de ellos. Es solo a partir del significado atribuido por cada participante que se pretende proporcionar una imagen "fidel" de lo que las personas dicen y del modo en que las personas con DM 2 actúan” (60).

En atención a los objetivos del estudio emergen las siguientes categorías:

4.2.1. Saberes de las personas con DM 2 en el cotidiano sobre el proceso Salud/ Enfermedad

Los saberes aprendidos por la persona en su interacción con los agentes de salud, su entorno social y familiar, forman parte de su vida cotidiana, de su mundo real, mágico, simbólico y religioso. Forman parte también de la pluralidad de las informaciones que comparte y construye otorgando un significado. Puede tratarse de un saber teórico, saber hacer, reflexivo, saber actuar, según el contexto en el que construye el saber (86).

Los saberes, entendidos como informaciones y conocimientos acumulados en el interior de los sujetos, capaces de ser objetivados y transmitidos, se mantienen gracias a la memoria colectiva y reproducción por el lenguaje o la narrativa (87). Así, la naturaleza del saber, está referida a la esencia del saber en cuanto a su ser y como se expresa ante el sujeto; por lo que las descripciones de los saberes de la persona con DM 2, revelan cuanto es para él la enfermedad y su impacto, además de las limitaciones y expectativas que despierta en su existencia.

Aunque la mayor parte de los entrevistados han vivido con esta enfermedad por 6 a más años y 16 de ellos mencionaron haber asistido a algún tipo de charla u orientación sobre la enfermedad, tratamiento y complicaciones; ese mismo grupo conoce la enfermedad a partir de sus manifestaciones, posibles causas, los órganos que se ven comprometidos, la evolución y el pronóstico de la misma.

Según Elliot: *“El diabético que más sabe, es el que más vive”*, por su parte la OMS puntualiza: *“La educación es una piedra angular en el tratamiento del diabético y vital para la integración del diabético a la sociedad”*. Por ello, es de suma importancia evaluar los métodos de enseñanza que se imparten a las personas diabéticas, e investigar que tan interesado está la persona en su enfermedad y elaborar un perfil de su esfera psicosocial, pues se sabe que sobre el control de la persona diabética intervienen algunas variables de ésta esfera, que se correlacionan con las fluctuaciones de la glicemia (88, 89).

A través de lo expresado por los participantes, se agruparon las ideas y conceptos similares configurando las siguientes sub categorías:

4.2.1.1. Saberes centrados en la experiencia práctica de la persona con diabetes

Las personas con DM 2 construyen una forma de conocimiento empírico obtenido a lo largo del tiempo que conviven con la enfermedad en el contexto de vida socio familiar, cultural y político donde viven y a la luz de las estrategias impulsadas por el Sistema Nacional de Salud, experimentando sin embargo las limitaciones que impone la enfermedad como consecuencia de los estilos de vida llevados en el tiempo.

Los saberes descritos revelan en conjunto el múltiple rol y efecto de la comunicación realizada entre los agentes de salud y la población usuaria de los servicios. Según Berlo (90), nos comunicamos para influir y afectar intencionalmente en las personas y en este sentido, la educación para la salud ha buscado influir en las personas para lograr la comprensión de los fenómenos que constituyen los determinantes de la salud y a partir de ello, producir cambios en el comportamiento relacionado con la salud como producto de los esfuerzos de los agentes de salud, de los métodos utilizados a lo largo de diferentes décadas y de la participación de la población con diversos niveles educativos, en dinámicas sociopolíticas y culturales caracterizadas por el cambio permanente en las estrategias sanitarias. Se identificaron los siguientes significados compartidos acerca de la DM 2:

(...) —*La diabetes?...bueno yo ahorita no sé, mis hijos me dicen que estoy bien...solo sé que es incurable* E17

(...) —*Nunca me han dicho porque tengo diabetes, solo sé que estoy mal* — E5

(...) —*Es una enfermedad que va a estar con nosotros toda la vida*— E7

(...) —*El mal funcionamiento del páncreas produce la diabetes*— E10

(...) —*la diabetes daña varios orgamos... los riñones, vista, nervios*— E15

(...) —*Es una enfermedad silenciosa y va acompañada de la HTA...uno tiene que cuidarse principalmente en la alimentación*—E15

(...) —*Es una enfermedad que dura toda la vida y que requiere cuidados, o puede ser hereditaria como es mi caso* —E20

(...) —*Es un mal que es peor que tener el SIDA, porque llegas a perder parte de tu cuerpo*—E21

Los saberes sobre la DM 2 emergen fragmentados, responden a conocimientos que han evolucionado y revelan que las personas entrevistadas, se centran en la causalidad y las medidas instrumentales de control dietético y prevención de las complicaciones, sin visualizar espacios de diálogo donde se generen propuestas de cambio de mayor alcance.

La información acerca de la enfermedad se transmite de manera verticalizada, sin establecer un diálogo con los pacientes para que puedan preguntar sobre el proceso de la enfermedad, responder a sus preguntas, hablar de sus preocupaciones. Según Watson, el profesional debe adoptar una conciencia de cuidado genuino, compartir información para promover el

conocimiento y ampliar las posibilidades de las personas para construir formas de cuidar de sí mismas.

Educar las personas con DM 2 puede tener papel fundamental en el incentivo y apoyo para que asuman la responsabilidad en el control del día a día de su condición (91).

Otros autores (91,92) también sugieren esta opción y definen la educación para el autocuidado como el proceso de facilitar el conocimiento y las habilidades que envuelven prácticas corporales, dietéticas, terapéuticas y otras realizadas por el propio paciente, para mejorar el control metabólico y preservar o mejorar la calidad de vida con costes razonables. Este proceso integra las necesidades, objetivos y experiencias de vida de las personas con diabetes.

La estandarización americana de la educación para el automanejo en diabetes (Diabetes Self Management Education - DSME) fija la importancia del proceso educativo con base en las necesidades educacionales de la población, traducidas por la historia clínica del individuo, edad, influencia cultural, creencias y actitudes en salud, conocimiento sobre diabetes, disponibilidad para aprender, nivel de escolaridad, apoyo familiar y estatus financiero (92).

La elección de la concepción pedagógica es fundamental en educación en salud para propiciar al usuario la posibilidad de crítica y elaboración del conocimiento, pues apenas cuando los factores de percepción y procesamiento

de la información son alterados es que el aprendizaje se vuelve significativo para las personas (93).

La metodología cuestionadora (94) de Freire se orienta por la percepción de la realidad, por el protagonismo y por el trabajo en grupo. Según este autor, el aprendizaje debe estar asociado a la tomada de conciencia de una situación real vivida por lo educando, en este caso, el paciente. Para Freire, enseñar no es transferir conocimientos, pero crear las posibilidades para su construcción (95, 96).

4.2.1.2. Atribución de la enfermedad a eventos de la vida cotidiana

En las personas con DM 2 el acopio de conocimiento establece diferenciaciones dentro de la realidad según los grados de familiaridad. Proporciona datos complejos y detallados con respecto a los sectores de vida cotidiana con los que debe tratar frecuentemente, y datos mucho más generales e imprecisos con respecto a sectores más alejados. De esa manera, el conocimiento sobre la propia ocupación y su mundo es muy abundante y específico, mientras que del mundo ocupacional de los otros se tienen apenas un conocimiento muy esquemático. El cúmulo social de conocimiento proporciona, además, los esquemas tipificadores requeridos para las rutinas importantes de la vida cotidiana, no solo las tipificaciones de otros que se mencionaron anteriormente, sino también tipificaciones de toda clase de hechos y experiencias, tanto sociales como naturales.

En consonancia con los saberes de los informantes acerca de la enfermedad, sus causas y efectos, fue importante prestar atención, al modo como ellos orientan los saberes adquiridos:

(...) —Yo creo que la causa de mi diabetes es porque tuve mucha pena cuando mi hija se fue a vivir al extranjero...ella era mi brazo derecho—E13

(...) —Por haber consumido mucha cerveza...ahora soy diabético —E3

(...) —se produce cuando uno abusa al comer demasiado, beber mucho licor...—E13

(...) —Comía siempre en la calle lo que me gustaba y que me llene la barriga—E8

(...) —A mí me parece que es hereditario, mi papa murió con diabetes—E10

(...) —La causa es porque uno come comida chatarra o una mala alimentación y otra es que es hereditario, en mi familia todos somos diabéticos —E17

Atribuyen como etiología de la DM 2 a una “pena” o “estrés”. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes -especialmente momentos de pérdida o fuerte impresión- como factores capaces de desencadenar la enfermedad. Otros refieren no tener idea alguna sobre el origen de la DM 2.

Perciben a la DM 2 como una enfermedad peligrosa que los lleva a un destino inevitable de deterioro orgánico en el que algún día tendrán una o varias de las complicaciones de la diabetes sin poder hacer nada por evitarlas o

retardar su aparición. Se refieren a la enfermedad, como un malestar crónico, algo que les limita en varios aspectos de su vida. Las personas relacionan la diabetes con cambios drásticos en su estilo de vida, sin posibilidades de llevar una vida “normal”, donde una alimentación sana y el autocuidado constituye la mayor carga.

La visión de los informantes sobre la enfermedad hacen evidente la necesidad que el contexto hospitalario se convierta en un espacio de mayor producción de los saberes; integrando el saber construido por la persona desde su contexto cultural, tal como lo expresa Freire en el sentido que la lectura del mundo precede a la lectura de la palabra: los saberes y las prácticas de las personas con DM 2 han de ser respetadas y junto con los agentes de salud, pueden iniciar el camino de reconstrucción ante la presencia de la Diabetes.

Al respecto Freire (73), refiere que se aprende con reciprocidad de conciencias. El educador es un coordinador que tiene por función dar, las informaciones solicitadas por los respectivos participantes y propiciar condiciones favorables a la dinámica de grupo. Lo que el hombre habla y escribe y como habla y escribe, es toda expresión objetiva con su espíritu.

La experiencia concreta de la vida ofrece pruebas para el profesional a través del diálogo y la interacción con los pacientes contribuyen para modificar las prácticas y comportamientos necesarios y en el interés de los pacientes.

Para el desarrollo de la educación para la salud es esencial conocer el estilo de vida, las creencias y los valores de los pacientes y desde allí pensar en las prácticas de atención. Sin acceso a este conocimiento, de hecho la actividad educativa no logrará el éxito esperado.

4.2.1.3. Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y sus complicaciones

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como la DM 2, implica que la persona debe adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida. Delante de esa circunstancia, puede ocurrir el abandono de parte o de todo el tratamiento prescrito (97). Por ser una enfermedad que requiere atención permanente, la adhesión al tratamiento tiende a ser baja, consecuentemente el control metabólico es insatisfactorio. Un estudio mostró que solamente una pequeña fracción de personas con diabetes tipo 2 realizan un seguimiento regular en las instituciones de salud y apenas 25 a 40% alcanzan el control metabólico deseado (98).

Conocer sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y sus complicaciones es la clave para abordar el problema con mayor eficiencia, a pesar de que en muchos países existe una variedad de modernas opciones para el tratamiento de la diabetes y en el último decenio se han realizado esfuerzos para mejorar la atención. Aun así, gran cantidad de personas que viven con esta enfermedad siguen enfrentando importantes retos para el control óptimo de ésta y para mejorar su calidad de vida, por lo que existe la necesidad urgente de optimizar el acceso a la atención permanente orientada al paciente, así como la educación y el apoyo para mejorar la salud y calidad de vida de esta población y sus familiares. Sin embargo, los sistemas de atención nacional y regional tienen recursos limitados para satisfacer esta demanda creciente de atención multidisciplinaria, es así que los sujetos de estudio manifiestan:

(...) —Cuando la glucosa sube, ya no veo bien y me duele la cabeza y calambres en las piernas —E10

(...) —En la noche me levanto a orinar frecuentemente —E9

(...) —Se me seca la boca, tengo bastante sed y me hace orinar y orinar frecuentemente —E8

Lo que demuestra que el comienzo de la enfermedad suele ser insidioso y el tiempo que transcurre entre el inicio real y el diagnóstico suele ser dilatado, incluso de años. Este fenómeno puede ser debido a que las manifestaciones clínicas pueden ser muy escasas o incluso nulas.

La filosofía de la educación según Freire, parte de la concepción de la acción humana como un acto reflexivo, por el cual el pensamiento adquiere valor en la acción. En la interacción con la persona es indispensable pasar de la contemplación ingenua de la enfermedad y sus efectos, a la criticidad del papel que juega el individuo y su contexto político y sociocultural en su salud (73). En este aspecto el rol de las políticas públicas en la educación general de la población tiene carácter de derecho ciudadano y considero que los agentes de salud no podemos continuar al margen de un cambio radical en el modelo de educación promotora de la salud.

Es por ello que la participación del personal de enfermería en el cuidado del paciente con DM 2, dados los altos costos para el individuo, la sociedad necesita impulsarse desde una nueva visión de la educación como parte del tratamiento. La educación para la salud consiste en formar, motivar y fortalecer capacidades de las personas en la construcción de saberes que les permitan

tomar decisiones y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos del tratamiento, es decir como personal de enfermería necesitamos involucrarnos en una educación centrada en el paciente y no en los profesionales.

Los saberes construidos por las personas entrevistadas, forman parte similar de los resultados obtenidos por García Reza (20), quien describe en su estudio de corte etnográfico cómo las personas aceptan la enfermedad como producto de estilos de vida mal llevados y sensación de culpabilidad; lo que difiere de los saberes encontrados en el presente estudio, en la medida que los pacientes de la comunidad de Santa Cruz en México, donde se realizó el estudio, otorgan valor de alivio al uso de infusiones basadas en plantas medicinales antes que en fármacos. Gran coincidencia entre ambos estudios se refleja en la percepción de que la enfermedad, sus limitaciones y los efectos de las trasgresiones, apagan su vida por la presencia de las complicaciones.

La DM 2 es típicamente es una enfermedad crónica asociada con una disminución de la esperanza de vida. Esto se debe en parte a una serie de complicaciones con las que se asocia, entre ellas: el riesgo de enfermedad cardiovascular aumentado de dos a cuatro veces, incluida la enfermedad isquémica del corazón y derrame cerebral; un aumento de 20 veces en las amputaciones de miembros inferiores y el aumento de las tasas de hospitalización. En el mundo desarrollado, y cada vez más en otros lugares, la DM 2 es la mayor causa de ceguera no traumática y de insuficiencia renal. También se ha asociado con un aumento del riesgo de disfunción

cognitiva y demencia a través de procesos de enfermedad como la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular (28).

En la población sujeta de estudio se presentaron diversas complicaciones como resultado de la diabetes en 19 entrevistados, mientras que solo 4 no han tenido ninguna complicación. La distribución de participantes entre las categorías identificadas fue: 7 participantes con problemas de visión comprendidos entre cataratas, glaucoma y disminución de claridad visual; 6 participantes con complicaciones de miembros inferiores incluyendo amputaciones de piernas, necrosis y celulitis; 4 participantes con problemas renales como insuficiencia y quistes renales; y 4 participantes presentaron problemas de hipertensión, manifestaciones reveladoras son:

(...) —Hice una parálisis facial. El doctor dice que por la diabetes me voy a demorar en sanar—E4

(...) —He tenido problemas en el pie izquierdo, me han amputado 3 dedos|| E 21

(...) —Hice problemas en el pie derecho y me amputaron la pierna hasta la rodilla —E9

(...) —Tuve problemas en el pie izquierdo, por heridas que no curaron y luego los dedos se pusieron negros y me dolía horrible, me tuvieron que amputar el pie—E12

(...) —Soy chofer y cuando estaba manejando de repente se me fue la visión y frene, no me acuerdo más, mi amigo me auxilio y me trajeron a Lima en avión porque hice un derrame cerebral—E12

En general si tienen una idea clara de las complicaciones de la DM 2, aunque las perciben como algo que poco o nada pueden modificar. Manifiestan mucho temor a padecerlas y en la mayoría de los casos las conocen por que las han visto en sus familiares, amistades o en ellos mismos, no informándose por otra fuente -de preferencia de origen médico-. La mayoría está consciente sobre cómo se pueden evitar o retardar las complicaciones. Atribuyen al tratamiento, al plan alimentario, a la actividad física y sin embargo no presentan un adecuado apego a éstos.

La diabetes es una patología altamente prevalente, crónica y muy compleja, que genera un gran número de respuestas humanas que pueden alterar las necesidades básicas y deteriorar la calidad de vida del individuo, limitando su autonomía. Constituye un problema de salud que requiere un abordaje específico por parte de los profesionales de la salud.

Los objetivos de la educación diabética son optimizar el control glucémico, prevenir complicaciones crónicas y potencialmente letales y optimizar la calidad de vida, a la vez que se mantienen los costes dentro de unos límites aceptables. La investigación ha demostrado que, con una buena educación, se ven reducidos los índices de amputación de extremidades inferiores, los costes de la medicación, las visitas a las salas de urgencia y las hospitalizaciones. Hoy día, el autocontrol de la diabetes es parte integral y crítica del plan terapéutico de las personas con diabetes.

4.2.2. Prácticas para el (auto) control de la enfermedad

Como parte de la atención que reciben en el hospital, los entrevistados acuden a sus controles. En estos espacios, los profesionales de la salud valoran la condición de la persona solo desde el punto biomédico; no se analiza desde el contexto socio cultural, las charlas e información de folletos solo están dirigidas a dar instrucciones sobre el tratamiento, especialmente lo relacionado a los cambios de hábitos alimenticios sin mayor explicación de cómo hacerlo, solo se indica los cambios a realizar; y además, toma de medicamentos. Su atención es aproximadamente cada tres meses por el médico endocrinólogo, quien revisa los exámenes de laboratorio, orienta sobre los hábitos alimenticios, ejercicios y toma de medicamentos y son pocas las charlas recibidas. A esto se le sigue con un protocolo estandarizado despersonalizando - en algunos casos se culpabiliza a la persona - argumentando que no cumplen con el tratamiento y las recomendaciones hechas. La enfermera a cargo solo brinda atención a los pacientes que reciben tratamiento con insulina, los demás no son atendidos por ella.

Las personas con DM 2 están conscientes de que una de las causas más importantes de la falta de control de la enfermedad es la constante transgresión dietética o falta de apego al tratamiento, como si existiera un duelo no resuelto debido a la pérdida de la salud. Como consecuencia de la fase de negación y donde no interesa el autocuidado, es necesario enfocar además de la educación como piedra angular en el buen control de la diabetes involucrarse en el estado afectivo del paciente diabético, pues se ha comprobado que el paciente con DM

2 que recibe terapia psicológica lleva mejor control glicérico; a diferencia de los que sólo reciben educación, como lo describe Jáuregui (99)

4.2.2.1. Hábitos alimentarios

Se reconoce que la DM 2 como un trastorno metabólico íntimamente relacionado con la cantidad y calidad de alimentos que ingieren las personas, es indiscutible la relevancia que adquiere la terapia nutricional con el control de la enfermedad, La nutrición considerada un componente esencial en el tratamiento para alcanzar los objetivos de control metabólico, siendo uno de los componentes peor utilizados en el manejo de la enfermedad.

Una adecuada terapia nutricional requiere de una alimentación individualizada, y cuya principal característica es que debe responder a las necesidades físicas, emocionales, dietéticas, sociales y educativas de cada persona. La intervención nutricional es la piedra angular en el manejo del régimen terapéutico.

Es importante conseguir que el plan de alimentación se adapte tanto a los gustos como a las posibilidades y forma de vida de cada persona. Además debe ser lo suficientemente variado y flexible, de tal forma que asegure su función generadora de placer, e incluso compensatoria de otras disfunciones vitales.

Al respecto, Mayeya (23), enfatiza la gran dificultad que representa el cambio de hábitos alimenticios de la infancia, tanto en la preparación como en el consumo de alimentos y la progresiva disminución de los alimentos

prohibidos. Las categorías mostradas guardan similitud con los resultados de Merchán (15), en el sentido de revelar la existencia de una dolencia que compromete de modo holístico la salud de las personas, es multicausal y genera sentimientos propios y en contextos extremadamente limitantes si progresan las complicaciones.

(...) —Uso stevia... hay veces que me provoca una gaseosa, me tomo medio vasito... tomo poco agua...he disminuido lo que como —E4

(...) —No le voy a mentir a veces no le hago caso a la dieta...sal y azúcar consumo poco —E6

(...) —No, no hago dieta, como de todo pero poquito‖ E 9

(...) —Trato de comer sano, bastante verdura, ya no fumo, ni tomo licor... pero a veces, ya uno se cansa de la dieta y como lo que no debo‖ E 11

(...) —Como casi normal pero poco, nada de azúcar‖ E 13

(...) —La dieta completa no lo hago, a veces peco, me mido en el azúcar‖ E 15

(...) —Mi prioridad es no consumir dulces y harinas, pero aunque intento parece mentira, no puedo dejar las harinas por completo‖ E 16

(...) —salimos a comer a la calle... como de todo pero poquito, consumo agua y frutas‖ E 17

Referente a la alimentación los diabéticos expresaron comer “de todo” como una falta a la indicación médica, no toman en cuenta el balance del aporte nutricional ni calórico, abocándose solamente a evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples. No consideran al plan de alimentación

como parte del tratamiento integral de la diabetes. El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo. Debido a que este tipo de alimentación la reconocen como “extraña” se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de éstos.

En la misma dirección, Freire (100) señala que existe la confianza cuando hay coherencia entre las palabras y acciones: "Para decir una cosa y hacer otra, no tomar en serio la palabra, no puede ser estimulante para la confianza". En este sentido, las limitaciones de los sujetos en el cumplimiento de la dieta no debe ser motivo de un juicio de los profesionales sanitarios, como si el tema fuera desinteresado o no tuviera el compromiso y la voluntad de llevar a cabo el control de los alimentos. Pero debe entenderse como una situación compleja, que implica rupturas y el estigma social, así como las cuestiones culturales fuertes inherentes al contexto de la vida sujeto.

La relación entre la enfermera y la persona cuidada debe de ser confiable e interactiva, de acuerdo con la perspectiva humanista del cuidado. Cuanto más el hombre como un ser histórico y social, se refleja en su realidad, más puede influir en él y ser más libres en sus decisiones.

4.2.2.2. Tipos de actividades físicas

El ejercicio presenta características similares de individualización a la alimentación en cuanto a objetivos, preferencias o circunstancias de las personas. La prescripción del ejercicio por el profesional de salud debe tener en cuenta las “5 D”: divertido, diario, dosificado, de por vida y disponibles (101).

La actividad física más recomendable para las personas con DM, sobre todo, para las personas mayores, es caminar o correr de forma suave, sin realizar cambios de ritmos bruscos y los deportes más adecuados son los de resistencia como el atletismo, ciclismo y natación

También emerge entre los saberes y prácticas de las personas con DM 2, el modo en que la falta de ejercicio, perjudica su salud y expresan:

(...) —Hago los quehaceres de la casa o salgo a hacer compras y camino‖ E 11

(...) —Claro hago ejercicios porque hago todos los quehaceres del hogar, no

(...) —Hago los quehaceres de la casa o salgo a hacer compras y camino, no puedo caminar mucho porque tengo problemas en el pie‖ E 14

(...) —Vendo pollos en el mercado, camino de un lado a otro‖ E 23

(...) —Me encanta caminar, veo televisión, trato de dar una vuelta para ejercitar mi prótesis‖ E 9

(...) —Cuando trabajo, camino y hago ejercicios porque: pinto, hago limpieza y arreglos de casas‖ E 6

Todos sin duda atribuyen efectos benéficos al ejercicio, sin embargo no tienen una idea clara respecto a los beneficios de éste en la hiperglicemia. Por otra parte, no lo consideran como parte del tratamiento integral de la DM 2. No tienen el hábito del ejercicio como práctica diaria a pesar de estar conscientes de los beneficios de éste o si se lleva a cabo no es con el ritmo, frecuencia y duración recomendada para que sea efectivo. Se tiene la creencia que las actividades diarias forman parte del ejercicio efectivo.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por Calderón (102), ya que los pacientes están de acuerdo en los beneficios del ejercicio físico, sin embargo no lo efectúan, ya sea porque no adquieren el hábito o por presencia de enfermedades concomitantes que les impide realizarlo.

Confirmando la importancia de la actividad física, se conoce que se asocia con una mejora de la resistencia a la insulina y unida a la progresiva baja de peso, favorece la sensibilidad a la misma, reduciendo de 30 a 60% la posibilidad de complicaciones cardiovasculares (103).

Respecto a las descripciones realizadas y el significado construido por las personas (104), señala que la creciente complejidad de los tratamientos y regímenes terapéuticos prescritos en enfermedades crónicas como la DM 2, que incluyen medicamentos, dietas complejas, práctica de ejercicios y abandono de hábitos insanos, exige mensajes educativos complejos para cuya transmisión se requiere la planificación de programas específicos y mayor tiempo. Estos aspectos ponen de relieve la gran necesidad de re-pensar el modelo de interacción educativa dentro de la atención integral del paciente,

para lograr en el tiempo que la preocupación por la salud, sea patrimonio de la colectividad.

En relación a las prácticas realizadas por las personas con DM 2, Watson (55) indica que la necesidad de ingerir alimentos y ejercicios es mucho más que una demanda de supervivencia, por estar relacionados con cuestiones culturales, con significados y bienes simbólicos, asociados con sentimientos de amor, amistad, la confianza y la seguridad en las relaciones humanas. Por lo tanto, las enfermeras y el personal médico, necesitan modificar su enfoque en la asistencia del paciente: no se trata de una mirada instrumental y fragmentada de los cuidados a observar en el hogar; se trata de comprender que la modificación de hábitos antiguos y la superación de los obstáculos para llevar de modo regular una actividad física, requieren una interacción educativa que es el tratamiento del paciente, el intercambio constructivo de información que prepare a la persona para la denominada educación terapéutica, es decir una formación de la persona para la autogestión de los cambios requeridos en las diferentes esferas de su vida, para adaptarse y realizar sus proyectos con calidad de vida (103).

Comparto la idea de que el personal de enfermería debe abordar el proceso educativo, convencido de que el conocimiento de los saberes y las prácticas del paciente, son la base para la reconstrucción del conocimiento promotor de condiciones salutogénicas para el paciente; aun sabiendo que la decisión de adoptarlas o no es una práctica de autocuidado, en última instancia, realizada por el sujeto. En síntesis, la relación que los individuos tienen con su cuidado depende de sus conocimientos y prácticas. Las razones de la

interrupción o incumplimiento del tratamiento prescrito revelan creencias y valores de la materia.

La educación diabética coloca a la persona con diabetes como protagonista de una intervención permanente que implica comunicarse con un equipo de atención diabética (allá en donde esto sea posible) y coordinar un plan de tratamiento. Los beneficios de la educación se amplían a toda la sociedad, ya que cuando las personas consiguen controlar su afección eficazmente, mejorar su salud y bienestar generales y, por lo tanto, reducir el riesgo de complicaciones también se reduce el gasto sanitario (105).

Cada vez más, la educación diabética se está convirtiendo en parte del estándar terapéutico para las personas con la afección. Sin embargo, esto no es universal; es necesario trabajar mucho para reconocer la importancia de la educación diabética a la hora de promover la elección de opciones más sanas de estilo de vida, mejorar la calidad de vida y el estado de salud en general y reducir los costes sanitarios directos e indirectos para la sociedad (relacionados con la pérdida de productividad). La educación diabética como “intervención sanitaria” está en una posición única para vencer el desafío.

4.2.3. Expresión de sentimientos y su relación con los saberes y prácticas de las personas con DM 2

El diagnóstico de la enfermedad 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.

Los problemas afectan a 3 áreas:

- Área personal: Pérdida del estado de salud anterior, modificaciones o pérdidas en la escala de valores y filosofía de la vida, sentimientos de impotencia o desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la pérdida del control propio y del medio y respuestas depresivas, de negación o de agresividad.
- Área familiar: Los problemas más relevantes están vinculados a la alteración de la homeostasis familiar con cambios en los roles de la persona con diabetes y del resto de los miembros de la familia.
- Área social: Los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de relaciones y lazos afectivos, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

De acuerdo con lo expuesto los entrevistados manifestaron el impacto emocional que conlleva el lidiar con la enfermedad, la manera que ha afectado su dinámica familiar social y las expectativas que tienen acerca de su futuro con la enfermedad. Uno de los sentimientos más representativos es el de la tristeza, mencionada por 5 entrevistados, motivada por la experiencia de pérdida de la libertad en la forma de alimentarse y las restricciones que la enfermedad impone; además por el posible impacto de una ausencia potencial en miembros de la familia que dependen de sus cuidados. Estos casos

usualmente se dan en los pacientes que viven con familias extendidas, como por ejemplo, hijos adultos y nietos:

(...) —Me da pena, pues porque voy avanzando los años, y ahora me digo como quedaran mis hijos‖E5, E16,

(...) —Triste...mi esposo y yo tenemos el mismo problema...E4

(...) —Me preocupo viendo a la gente que le han amputado un pie...‖ E19.

Emerge también el sentimiento de resignación/aceptación de la enfermedad, identificado en 15 participantes; escenario más común en entrevistados que han tenido mayor experiencia en el afrontamiento de la enfermedad, donde la familia ha participado para que el paciente re-evalúe su situación y descubra motivos para seguir luchando:

(...) —Es triste tener esta enfermedad y aún más porque estoy limitada para hacer mis cosas por la silla de ruedas‖ E1

(...) —Al Inicio un mal, pero poco a poco hay que tener que ir aceptándolo, el mal yo lo adquirido por los malos hábitos alimenticios, como va sido pues ese tiempo‖ E2.

(...) —Bueno yo paraba amargada, colérica...Ahora en casa enseño a los que necesitan cuidarse, y a mis hermanas; eso me relaja‖ E3.

(...) —Tengo resentimiento conmigo misma, porque no puedo hacer lo que uno quisiere. No puedo ir a una reunión (voz quebrantada) o a un compromiso, porque voy a rechazar la comida, entonces pensaran mal de mi... me siento frustrada como ser humano, a veces me sulfuro un poco (llora). —E7

(...) —*Si no puedes contra el enemigo únete a él, hay que aprender a vivir con la enfermedad, la verdad cuando uno tiene familia hay motivos para vivir y salir adelante*‖ E9.

(...) —*Estoy prohibida de todo, digamos así, cohibida. Cambia la vida. Si vas a reunión ya no puedes ni tomar un vinito nada y la torta que es dulce no.* E10.

Me he vuelto un poco colérico, mis hijos no me entienden, porque quiero todo a la perfección...Me siento bien, soy realista. E14.

(...) —*Me siento una desgraciada una infeliz! , Porque no puedo hacer mi vida normal...Ojala Dios me de paciencia para seguir con las dietitas...* E15.

(...) —*Al principio estuve así triste, deprimido, porque a mí, decía, ya no importa, me muero, incluso mi hija misma me dijo (lloroso) nosotros te necesitamos, tú tienes que aceptar todo tu tratamiento... mire, inicialmente tenía temor, ya ahora me acostumbrado a decir lo que tengo y tengo que salir adelante*‖ E16.

(...) —*Soy muy sentimental, me recuerdo de algo y me pongo a llorar, siento un resentimiento...ya me conozco cuando me siento así lloro donde no me vean a solas en mi cuarto.* E19.

(...) —*Tengo miedo de pensar que me pueda morir. Debo superarlo y tratar de que esto quede ahí*‖. E21.

La frustración debida al impacto que la enfermedad ha tenido dentro de sus rutinas de vida, ya que se sienten que se ven privados de actividades que antes realizaban con normalidad pero ahora requieren consideraciones adicionales.

No menos importante son los sentimientos de irritabilidad y enojo, por las restricciones dietéticas y sociales, y la percepción de ser incomprendidos.

Destaca con claridad meridiana, la forma como la enfermedad afecta al ser humano en su totalidad; la esfera emocional es visiblemente afectada porque la trascendencia de los cambios biológicos y los estilos de vida, forman parte de la terapéutica. García Reza (20), coincidentemente con los resultados descritos, incluye la tristeza, desesperación, miedo, deseo de llorar y llegar al límite de no querer vivir más.

En tal sentido, escuchar a la persona le ofrece la oportunidad de externalizar sus experiencias y ayudarlo a convivir con las limitaciones; una decisión que implica reestructurar la atención para negociar mejores alianzas entre lo que el paciente conoce y lo que los profesionales de la salud saben cómo parte de su misión. La comprensión en términos de Watson (55), que la expresión de las emociones son ventanas del alma del paciente, implica uno de los atributos del cuidado que emergen en este estudio: conocer lo que la persona experimenta para desde ese espacio, construir un encuentro empático y en esencia humanizante.

La necesidad del cuidado que emerge de las personas entrevistadas, tal como lo expresa Watson (55), señala que la atención auténtica dada requiere actitudes para desarrollar una relación de confianza para explorar las posibles relaciones que surgen en el momento de la atención. Con la participación y apoyo surgen formas de diálogo constructivo que permiten promover una vida sana; en el fomento de este intercambio y la participación de los sujetos en su propio cuidado, la narrativa analizada como medio de expresión y comprensión

de sentimientos, es importante para comprender la integralidad de elementos: sensaciones, sentimientos, pensamientos, ideas, emociones, creencias y valores, que permiten al paciente dar significados a sus experiencias no solo sobre la enfermedad, sino también sus efectos, cronicidad y el aspecto no tan visibilizado en los discursos, el potencial que poseen para transformar su realidad de la mejor manera posible.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES

El estudio permitió caracterizar los saberes y prácticas de la persona con DM 2, que configuran las costumbres, comportamientos, actitudes y hábitos de vida. Se encontró que las actividades que realizan cotidianamente, son vividas de manera distinta dependiendo de los hábitos y costumbre personales. Lo que constituye una información necesaria para el profesional enfermero (a) para la planificación de los cuidados de enfermería requeridos.

Se sabe que la DM 2 representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, algunos organismos de salud la consideran una pandemia creciente, por lo que se considera un problema de salud pública. Así mismo la Federación Mundial de Diabetes afirmó que *—Para el año 2030 esta cifra se calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas con alto riesgo.* (3).

Es importante destacar que la DM 2 se ha convertido en una de las mayores dolencias del siglo XXI y una de las más costosas para los sistemas sanitarios, esto se debe a que un número creciente de personas en el mundo no han tomado conciencia de esta enfermedad (5), lo que genera un gran número de respuestas humanas que pueden alterar las necesidades básicas y deteriorar la calidad de vida del individuo, limitando su autonomía.

La revisión teórica efectuada, permitió identificar la profunda interrelación existente entre los elementos que desde una visión sistémica, se entrelazan de manera permanente y compleja para lograr que saberes y

prácticas de las personas con DM 2 están relacionados con los cuidados que brinda el personal de enfermería en la consulta externa.

El método seguido en la investigación fue el cualitativo descriptivo exploratorio, el cual permitió fundamentalmente la descripción de fenómeno social estudiado en una circunstancia temporal y especial determinado.

Las causas para la aparición de la enfermedad, se observa, en los informes que las personas con DM 2 participantes del estudio, se refieren a los factores hereditarios y hábitos de vida, mostrando que, aunque desconocen de manera más profundizada la etiología de la enfermedad, reconocen correctamente los aspectos que pueden estar relacionados con su aparición. Esto es relevante, porque mediante la identificación de algunos hábitos de vida como responsable de la aparición de la enfermedad, comprenden con más facilidad la necesidad de cambiarlos con el fin de evitar su agravamiento.

Los saberes y prácticas descritos por las personas entrevistadas, reflejan la percepción que tienen de la enfermedad, sus limitaciones y los efectos de las trasgresiones, las cuales afectan su vida por la presencia de complicaciones; así mismo señalan que la creciente complejidad de los tratamientos y regímenes terapéuticos prescritos, dietas complejas, práctica de ejercicios y abandono de hábitos nocivos son importantes para el control de la enfermedad.

Los entrevistados destacan el impacto emocional que conlleva el lidiar con la enfermedad, la manera que ha afectado su dinámica familiar, social y las expectativas que tienen acerca de su futuro con la enfermedad, emerge también el sentimiento de resignación/aceptación. La comprensión en términos de

Watson (55), en la expresión de las emociones son ventanas del alma del paciente, esto implica uno de los atributos del cuidado que emergen en este estudio que es el de conocer lo que la persona experimenta.

Los resultados evidencian que la persona con DM 2, ponen de manifiesto que los cuidados recibidos por el personal de salud denota la innegable influencia de la enseñanza bancaria, en palabras de Freire, frente a las necesidades de una de educación liberadora, donde la prioridad es la participación activa del educando en su proceso de aprendizaje, con el objeto de desarrollar en este una actitud crítica frente a la realidad a la que está inmerso.

A partir de la palabra vertida por las personas con DM 2, es necesario ahondar en la metodología usada para la atención de salud de estas personas, por ello las metas en el tratamiento de la diabetes podrían verse influenciadas por las actitudes del personal de salud, el reconocimiento de estos aspectos es la clave para abordar el problema con mayor eficiencia.

Al respecto Freire (73), le da prioridad a la participación activa del educando en su proceso de aprendizaje, con el objeto de desarrollar en este una actitud crítica frente a la realidad a la que está inmerso. El docente es un coordinador que tiene por función dar las informaciones solicitadas por los respectivos participantes y propiciar condiciones favorables a la dinámica de grupo. Lo que el hombre habla y escribe y como habla y escribe, es toda expresión objetiva con su espíritu. Es por ello que el personal de salud no podemos continuar al margen de un cambio radical en el modelo de educación promotor de la salud.

Por otro lado en la población sujeta de estudio se presentaron diversas complicaciones como resultado de la diabetes en 19 entrevistados, mientras que solo 4 no han presentado ninguna complicación. Es por ello que la participación de profesional enfermero (a) en el cuidado de la persona con DM 2, dados los altos costos para el individuo, la sociedad, necesita impulsarse desde una nueva visión de la educación para la salud como parte del tratamiento. El tipo de educación que Freire propone, es promover la autorrealización, que es el inicio de la toma de conciencia para ser finalmente sujeto de su propia historia.

Los entrevistados plantean que las situaciones emocionales y de estrés son los condicionantes que desarrollan su condición de salud, sin embargo son los aspectos que menos son atendidos por los profesionales de la salud.

Es necesario dimensionar que las personas con DM 2 a pesar de saber lo que tienen y que deben hacer para mantener la glucosa normal, presentan patrones conductuales desordenados en su estilo de alimentación, escasa actividad física, y tienen una inadecuada adherencia al tratamiento, lo que afecta su estado emocional y determina un inadecuado control de la enfermedad. Los resultados corroboran que el empoderamiento y las acciones que la persona con diabetes asume al respecto de su enfermedad no permiten el control de la enfermedad. Es esencial que las enfermeras conozcan lo que saben y cómo se cuidan las personas con DM 2. El diálogo con ellos permite al profesional enfermero (a) determinar cuáles son los factores determinantes de su salud y educar sobre los cambios requeridos para ayudar a mejorar su auto

cuidado, mejorando su estilo de vida lo que contribuye en el mantenimiento de una mejor calidad de vida.

Se destaca la educación diabética como una intervención eficaz que ayuda a las personas al moverse entre el sistema sanitario, su comunidad y su lugar de trabajo, a tratar con las complejidades que implica su plan de tratamiento terapéutico a la vez que mantienen la conducta de autocuidado necesaria para un autocontrol eficaz. Una educación diabética adecuada permite tratar las complicaciones presentes o posibles y las comorbilidades que estas generaran. La intervención educativa, por lo tanto, puede ser tan importante y eficaz como el tratamiento farmacológico y deberían utilizarse unidas en todas las opciones terapéuticas.

Se concluye que hay necesidad inminente en los profesionales de la salud, particularmente enfermeras, de actuar junto a las personas con diabetes a fin de que sean capaces de tomar decisiones y ser responsable del desarrollo de las actividades cotidianas congruentes con el objetivo de un buen control de la enfermedad.

Es recomendable promover y difundir una educación diabética de alta calidad mediante la formación de profesionales de la salud especializados para que se conviertan en educadores; la educación por iguales se ve como otra solución para llegar a comunidades a las que, de otro modo, los profesionales sanitarios no podrían llegar; desarrollar condiciones favorables para que se implemente la tecnología de la comunicación en el campo de la salud y la educación diabética

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (OMS-WHOQOL) OM de la S. Health Promotion Glossary [Internet].
Géneva. 1998 [cited 2013 Sep 3]. p. 17. Available from:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
2. Seclén S, Rojas M, Valdivia H, Millones B, Núñez O, Zegarra W, et al.
Diabetes Mellitus insulino dependiente en población de costa, sierra y
selva del Perú. Rev Med Hered. 1992. 117-125 p.
3. Federación internacional de la Diabetes. Plan Mundial contra la diabetes
2012-2021 [Internet]. p. 4. Available from:
<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
4. Alleyne G. La Diabetes: Una Declaración para las Américas. Boletín la
Of Sanit Panam. 1996;125.
5. Amezcua Martínez M. Antropología de los Cuidados enfermedad y
padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados.
Cult los Cuid. 2000;IV(7-8):60–7.
6. Deuma I, Salinas A. Diabetes mellitus compensada, una responsabilidad
compartida. U. Austral de Chile. 2004.
7. Selli L, Papaleo L, Meneghel S, Torneros J. Educational techniques in
diabetes treatment. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1366–72.

8. García C. Calidad de vida en enfermos crónicos. Inst Super Ciencias Médicas La Habana. 2007;ISCH-M(6):1-9.
9. MINSA. Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud [Internet]. Especial de diabetes. 2010. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>
10. Arbañil-Huamán H. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por pie diabético en el Hospital Nacional entre 2006 y 2008, Lima-Perú. Rev Perú epidemiológico. 2012;(16 (3)):6.
11. ESSALUD. Plan Nacional de Prevención de EsSalud 2012. RGG N° 372- GG- ESSALUD. 2012;4.
12. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de ESSALUD. OGID: Reporte del perfil epidemiológico semestral, Lima Perú. 2014;
13. Federación Internacional de Diabetes. Guía para diabético tipo 2 [Internet]. Clinical Guidelines Task Force. 2005 [cited 2014 Jun 5]. Available from: www.idf.org/home/indez.cfm?node=1549
14. MINSA. Reglamento de la N° 28553. Ley General de Protección a las Personas con diabetes de la Dirección General de Salud de las Personas. Perú; 2006.
15. Merchán Felipe M de las N. Variables presictorias de las conductas de autocuidado en personas con DM2. Universidad de Alicante; 2014.
16. Gómez S. Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de

personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible-ECNT-
: diabetes y/o hipertensión en la ciudad de Cali [Internet]. Universidad
del Valle, Colombia; 2013. Available from:
[http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5890/1/0461821
- p.pdf](http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5890/1/0461821-p.pdf)

17. Vargas RR. Educación para facilitar la salud con la música: una estrategia de la atención y la investigación de enfermería con los sujetos con diabetes mellitus tipo 2. Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil; 2013.
18. Sua CL. Efectividad de una propuesta Educativa Participativa basado en los conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación y ejercicio, en un grupo de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 en una localidad de Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia; 2012. Disponible desde el URL:

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13732/SuaCespedesLessdyJulliany2012.pdf;jsessionid=5A5AD4E19883457C13382099BBA18208?sequence=1>
19. De Freitas Sampaio C. Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes Mellitus tipo 2: implicações para o cuidado clínico e educativo de enfermagem. Universidade Estadual Do Ceará Centro De Ciências Da Saúde Programa De Pós-Graduação Cuidados Clínicos Em Enfermagem E Saúde; 2012.
20. García-Reza C, Alvirde-Vara R, Landeros-López M, Solano-Solano

G, Medina-Castro M. Resistencia frente a la enfermedad: relato de un cuerpo dañado por la diabetes [Internet]. Comunidad de Santa Cruz México. Aquichan, Norteamérica, 2009-2010. [cited 2014 Jan 14]. Available from:<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3082>

21. Rodríguez S, Seabra A, Chávez V. Una propuesta de educación permanente en salud en la actualización. Brasil. Rev Esc Enferm USP 2010 [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 14];44(2):524–30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_41.pdf
22. Gamboa Chavez CE. Percepción del paciente con diabetes mellitus Tipo ii sobre su calidad de vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
23. Mayeya PP. Conocimiento sobre diabetes y conductas alimentarias en pacientes con diabetes tipo II en atención ambulatoria del servicio de endocrinología, hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Universidad Ricardo Palma, Perú; 2011.
24. Giove Nakazawa RA. Percepción de la Diabetes Melitus por adultos Diabéticos en la ciudad de Tarapoto, 2009 -2011. Universidad Nacional de San Martin Tarapoto; 2011.
25. Alayo I. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes

Mellitus tipo 2 del HBT [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú; 2011. Available from: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO_ISAURA_AUTOCUIDADO_ADULTOS_DIABETES\(INTRODUCCION\).pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO_ISAURA_AUTOCUIDADO_ADULTOS_DIABETES(INTRODUCCION).pdf)

26. Organización Mundial de la Salud. Definición de Diabetes [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
27. Expo-Cumbre Mundial. Diabetes [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 13]. Available from: http://www.expocumbremundial.com.mx/edit_Diabetes.html
28. Asociación Latino Americana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo II. 2012.
29. Garmendia F. Avances en el conocimiento y manejo de las dislipoproteinemias [Internet]. 2003 [cited 2015 Jul 15]. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64_n2/avances.htm#
30. Foster D. Principios de Medicina Interna. 14^a ed. Ma. McGraw- Hill/Interamericana; 1998. 2341-65 p.
31. Villegas A, Gomez A, Bedoya C. Control y complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en el Centro de Atención Ambulatorio central, Instituto de Seguro Social 1998-2001. Iatreia [Internet]. 2004 [cited 2015 Jul 15];17(1):11-23. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932004000100001&lng=en

32. Silva M. Autocontrol de la Diabetes Educación en Auckland del Sur, Nueva Zelanda, 2007-2008 [Internet]. 2011 [cited 2015 Jul 15]. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/mar/09_0207.htm
33. Maximer C. Modelo Teorías de Enfermería. 4 ta ed. E. 2006.
34. Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia. 21st ed. España: Editorial Espacalpe S.A; 1992. 1490 p.
35. Ferrater J. Diccionario de Filosofía Editorial Sudamericana tomo IV. 5th ed. Buenos Aires, Argentina; 1964.
36. Zubiri X. Naturaleza, Historia, Dios [Internet]. 6th ed. Madrid. España; 1974 [cited 2015 Dec 15]. 36 p. Available from: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/NHG.pdf>
37. Santini S, Daros A, Neves E. O Cuidado na perspectiva do acompanhante de crianças e adolescents hospitalizados. 1st ed. Universidad Río Janeiro, editor. Revista de Enfermagem. Brasil; 1997.
38. Tuesca M, et al. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gac Sanit [Internet]. 2006;20(3):220–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008&lng=pt&nrm=iso

39. Moore H, et al. Asesoramiento dietético para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos. *Bibl Cochrane Plus*. 2007;1.
40. Welschen L, et al. Automonitorización de la glucemia en pacientes con diabetes de tipo 2 que no usan insulina. *Bibl Cochrane Plus*. 2007;1.
41. Phillips A. Experiences of patients with type 2 diabetes starting insulin therapy. *Nurs Stand*. 2007;21(23):35–41.
42. Conn V, et al. Metabolic effects of interventions to increase exercise in adults with type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2007;50(5):913–21.
43. Thomas D, et al. Ejercicios para la diabetes mellitus tipo 2. *Bibl Cochrane Plus*. 2007;1.
44. Gallejos E, Cardenas VM, Salas MT. Capacidades de Autocuidado del adulto con Diabetes tipo 2. *Rev Investig y Educ en Enfermería Univ Antioquía*. 1999;17(2):1–10.
45. Keogh K. Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC Fam Pr*. 2007;8:36.
46. De Alba, Garcia J, et al. Diabetes is my companion: Lifestyle and self- management among good and poor control Mexican diabetic patients. *Soc Sci Med*. 2007;64(11):2223–35.
47. Warren J, Philips P, Stanek J. Empowering patients with essential information and communication support in the context of diabetes. *Int J Med Inf*. 2006;75(8):557–96.

48. Polonsky W, et al. A community-based program to encourage patients' attention to their own diabetes care: pilot development and evaluation. *Diabetes Educ.* 2005;31(5):691–9.
49. Pace AE, et al. El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Rev Latinoam Enfermagen.* 2007;14(5).
50. Song K, et al. Long-term effects of a structured intensive diabetes education programme (SIDEPE) in patients with Type 2 diabetes mellitus--a 4-year follow-up study. *Diabet Med.* 2007;24(1):55–62.
51. Yeh Y, et al. Development and evaluation of an integrated patient-oriented education management system for diabetes. *Stud Heal Technol Inf.* 2006;122:172–5.
52. Kim H, Kim N, SH. Impact of a nurse short message service intervention for patients with diabetes. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(3):266–71.
53. Kim H, Oh J, Lee. Effects of nurse-coordinated intervention on patients with type 2 diabetes in Korea. *J Nurs Care Qual.* 2005;20(2):154–60.
54. Sarkadi A, Rosenqvist U. Experience-based group education in Type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2004;53(3):291–8.
55. Watson J. *Nursing: the Philosophy and Science of caring.* Boston:

Little Brown and Company; 1979. 320 p.

56. King I. Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos. México: Limusa; 1984. 10-22 p.
57. Hernández P A. Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2001;1(1):18–22.
Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74110107>
58. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visualizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country [Internet]. 2007 [cited 2015 Dec 15]. Available from: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
59. Kuerten P, Do Prado M, Gasperi P, Fabiane L, Waterkemper R, Bub M. El cuidado y la Enfermería. Avances en Enfermería. [Rev. en línea]. v. 27, n. 1, p. 102-109, jan. 2009. ISSN 2346-0261.
Disponible en:
<<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12959/13677>>. Fecha de acceso: 06 mar. 2017
60. Gorriti C. Experiencias del estudiante en el cuidado de si durante su formación profesional. [Tesis Para optar el gardo de doctora en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2014. Disponible desde el URL:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/ULADECH_CATOLICA/46/GORRITTI_SIAPPO_11_10_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

61. Gómez-Martínez JL. La pedagogía liberadora del brasileño Paulo Freire y el hipertexto. *Hispania* [Internet]. 2003;86(1):8–16. Available from: <http://www.ensayistas.org/jlgomez/estudios/freire.htm>
62. Delizoicov D. La educacion en ciências y La perspectiva de Paulo Freire. Alexandria, *Rev Educ em ciências y Tecnol* [Internet]. 2008;1(2):37–62. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/alexandria/article/view/37486/28782>
63. Wiedenbach E. *Clinical nursing: A helping art*. New Cork Spinger. 1964;
64. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2nd ed. Philadelphia; 1966. 4-13, 25-26, 34-35, 93 p.
65. Benner P. *Practica progresiva de enfermería*. 2nd ed. Manual de comportamiento personal. Barcelona: Grijalbo; 1987. 78 p.
66. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2nd ed. Philadelphia; 1966. 5 p.
67. Benner P. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New Cork: Spinger; 1996. 145 p.
68. Orlando I. *The discipline and teaching of nursing process: an evaluativo study*. New Cork G P Putnam´s Sons. 1972;20, 29.
69. Watson J. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Bost Jones Bartlett. 1999;67–70.
70. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e

Terra; 1967.

71. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
72. Freire P. *Educação na cidade*. São Paulo: Cortez Editora; 1991.
73. Freire P. *Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro con la Pedagogía del oprimido*. México: Siglo Veintiuno Editores; 1993.
74. Gómez-Martínez JL. *Más Allá de la Pos-Modernidad: El Discurso Antrópico y Su Praxis en la Cultura Iberoamericana*. Madrid: Mileto; 1999.
75. Freire P. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
76. Cardoso FH, Faletto E. *Dependencia y desarrollo en América Latina*. México: Siglo Veintiuno Editores; 1967.
77. Gutiérrez G. *Teología de la liberación. Perspectivas*. 8th ed. Lima: Centro de Estudios y Publicaciones, 1991; 1971.
78. Amezcua Martínez M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2002;76(5). Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=s113557272002000500005
79. Cortez Ortiz AL. *Taller de ajuste de dosis de insulina basal en sujetos con diabetes tipo 2 no controlados de la UNECE EC Aguascalientes*. Universidad Autónoma de Aguas Calientes; 2015.

80. Vincezi A, Tedesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Rev Iberoam Educ [Internet]. 2009;47(9). Available from: <http://rieoei.org/deloslectores/2819Vicenzi.pdf>
81. Mazarío Triana I, Mazarío Triana AC. El constructivismo: Paradigma de la Escuela Contemporánea [Internet]. Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos”; 2003. Available from: <http://monografias.umcc.cu/monos/2003/Mono24.pdf>
82. Jiménez-Domínguez B. Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. Investigación cualitativa en Salud [Internet]. 2000 [cited 2015 Oct 17]. Available from: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3invesigacion.html>
83. Bardin L. Análisis de contenido. 70th ed. Brasil: Ediciones AKAL; 2011.
84. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência Uma cartografia do autocuidado no diabetes. Sau Paulo: Editora UNESP; 2009.
85. Minayo M, Ferreira Deslandes S, Cruz Neto O, Gomes R. Investigación social: teoría, método y creatividad. 3rd ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1994. 80 p.
86. Van Dalen DB, Meyer WJ. Manual de técnica de la investigación educacional [Internet]. Paidós Iberica; 1981. Available from: <http://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigacion->

descriptiva.php

87. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. 2nd ed. México: Interamericana; 1999. 57-61 p.
88. Araúz A, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*. 2001;9:145–69.
89. García G, Suárez P, Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Pública*. 1997;2:12–7.
90. Berlo D. El proceso de la comunicación. 17th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1995.
91. Davies M, Heller S, Skinner T, Campbell M, Carey M, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) program for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomized controlled trial. *Br Med J*. 2008;336(7642):1–11.
92. Funnell M, Brown T, Childs B, Haas L, Hosey G, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes SelfManagement Education. *Diabetes Care*. 2008;31(1):12–54.
93. Leite M, Prado C, Peres H. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul Difusão. 2010;87.

94. Bordenave J, Pereira A. Estratégias de ensino aprendizagem. 24th ed. Petrópolis: Vozes; 2002. 312 p.
95. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra;
96. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3rd ed. São Paulo: Moraes; 1980. 87 p.
97. Leite S, Vasconcellos M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(3):775–82.
98. Secretaria de Salud (MX) Programa Nacional de Salud 2001- 2006. La democratización de la salud en México. 2001; Jáuregui J, De la Torre A, Gómez G. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Rev Med IMSS. 40(4):3007–318.
99. Yam Sosa AV, Candila Celis J, Gómez Aguilar PI del S. El Ejercicio Físico en Personas que Viven con Diabetes. Desarro Cientif Enferm. 2011;19(6):223.
100. Calderón D, Garza E. El paciente diabético y las atribuciones hacia su enfermedad. Rev Salud Pública y Nutr [Internet]. 2000;1. Available from: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imms/index.html>
101. Kulnarong Arroyo B. La diabetes en la población inmigrante marroquí

[Internet]. Universidad Internacional de la Cataluña; 2012. Available from:

http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/199905/Bunta_Kulnaron_g_Arroyo.pdf

102. Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria: principios métodos y aplicaciones. Barcelona: Díaz de los santos; 1990.
103. Assal J, Jacquemet S, Morel Y. The added value of therapy in diabetes: the education of patients for self-management of their disease. *Metabolism*. 1997;12(1):61–4.
104. International Diabetes Federation (IDF). Global guideline for type 2 diabetes [Internet]. Clinical Guidelines Task Force. Brussels; 2005. Available from: https://www.idf.org/webdata/docs/IDF_GGT2D.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA**

Anexo N° 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN
DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

El abajo firmante declara, que ha sido informado por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual que será grabada en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz.

Y para que así conste:

Firma: _____

Lima, ____ de _____ de 201 .



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA

Anexo N° 02

GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA Y A PROFUNDIDAD

A. Datos de Generales:

Datos de Generales del Paciente

Edad..... Peso.....Talla.....

Estado civil.....Grado de instrucción:.....

Ocupación.....

Tiempo de enfermedad.....

Tratamiento actual:.....

Complicaciones.....

Con quien vive.....

Donde corresponde su atención.....

Porque es atendido en este hospital.....

Cuanto tiempo es atendido en este hospital.....

B. Datos específicos:

Sobre la diabetes mellitus que Ud. presenta ¿Qué sabe sobre ella y que practicas realiza para su cuidado?