

Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena

Patients with Type 2 Mellitus Diabetes and their Self-Care Agency Capacity, Cartagena

Pessoas com diabete mellitus tipo 2 e sua capacidade de agência de autocuidado, Cartagena

ARLETH HERRERA LÍAN*; YESID R. ANDRADE H., ORLANDO HERNÁNDEZ S., JULIÁN P. MANRIQUE M., KAREN L. FARIA C. Y MAYERLI MACHADO R.**

Resumen

Contexto: La diabetes mellitus tipo 2 se constituye en un problema de salud pública por las repercusiones bio-psicosociales, la presencia de complicaciones neurovasculares y metabólicas en la persona que la padece. Enfermería cumple un papel importante a través de la educación y la capacitación.

Objetivo: Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena.

Metodología: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, se-

leccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por Gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas.

Resultados: Predominó el sexo femenino (68,4 %); la unión libre (59,1 %); escolaridad (50,6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34,7 %). Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio.

Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

Palabras clave: Enfermería, diabetes mellitus, enfermedad crónica (DeCS, Bireme).

* Enfermera Universidad de Cartagena, magister en Enfermería, docente Universidad de Cartagena. aherreral@unicartagena.edu.co, Cartagena Colombia.

** Enfermeros Universidad de Cartagena. yeanh06@hotmail.com, yuet0@hotmail.com, salmo126_1_sion@hotmail.com, faria2511@hotmail.com, mayerlisita28@hotmail.com, Cartagena Colombia.

Abstract

Background: Type 2 mellitus diabetes is a public health issue for the bio-psychosocial repercussions and the neurovascular and metabolic complications in the patient. Nursing plays an important role through education and training.

Objective: Identify the self-care agency capacity of people diagnosed with type 2 mellitus diabetes registered in the diabetes control program in 19 primary care units (UPAs) of Cartagena.

Methodology: Descriptive quantitative design in a population of 225 random adults of both sexes. The self-care agency capacity was identified with the self-care capacity appreciation scale developed by Isenberg and Everest, translated into Spanish by Gallegos and adapted by the Universidad Nacional de Colombia. Descriptive statistics were used to present the data, and results are shown in tables and charts.

Results: The following features were predominant: Females (88.9 %), non-marital partners (59.1 %), schooling (50.6 % completed elementary education), low income (less than a valid minimum monthly salary, 59.6 %). Assessing the self-care agency capacity resulted in 73.8 % of patients with a very good score (76-100 %, according to the scale). By assessing the aspects included in the scale, more than 50 % of people were found to always find time for them, ask about their health, examine their bodies to see if there are changes and remain in a clean environment.

Conclusions: The social support received by patients with type 2 mellitus diabetes and personal and environment hygiene practices, knowledge and adherence to the diet allow patients to have a good self-care agency capacity.

Key words: Nursing, mellitus diabetes, chronic disease (Source: DeCS, Bireme).

Resumo

Contexto: A diabetes mellitus tipo 2 se configura como um problema de saúde pública por conta das repercussões biopsicossociais e da presença de complicações neurovasculares e metabólicas na pessoa que a sofre. A enfermagem cumpre um papel importante através da educação e a capacitação.

Objetivo: Identificar a capacidade de agência de autocuidado das pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscrito nos programas de controle da diabetes em 19 UPAS de Cartagena.

Metodologia: desenho descritivo com abordagem quantitativa em uma amostra de 225 adultos de ambos os sexos, selecionados aleatoriamente. A capacidade de agência de autocuidado foi identificada usando a escala de Valoração das capacidades de autocuidado, desenvolvida por Isenberg e Everest, traduzida ao espanhol por Gallegos e adaptada pela

Universidade Nacional da Colômbia. Para a apresentação dos dados, foi utilizada a estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficas.

Resultados: Predominou o sexo feminino (88,9 %); a união livre (59,1 %); a escolaridade (50,6 % com básica primária); baixa renda econômica (menos de um salário mínimo mensal em vigor, 59,6 %). Ao valorar a capacidade de agência de autocuidado, 73,8 % dos pacientes obteve uma qualificação de muito boa (76-100 %, conforme a escala). Ao valorar os aspectos contidos na escala verificou-se que mais de 50% das pessoas sempre procuram tempo para eles, pedem explicações sobre sua saúde, examinam seu corpo para ver qualquer mudança e conservam um ambiente limpo.

Conclusões: O apoio social recebido pelos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e as práticas de higiene pessoal e do entorno, o conhecimento e o cumprimento do regime fazem com que os pacientes tenham uma boa capacidade de agência de autocuidado.

Palavras chave: Enfermagem, diabetes mellitus, doença crônica (DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que producen hiperglucemia. Existen dos tipos de DM: tipo 1 y tipo 2. La DM tipo 2 (DM 2) comienza con resistencia a la insulina, evitando que las células del cuerpo la utilicen de manera adecuada, disminuyendo la funcionalidad del páncreas y originando irregularidades en el organismo (1). Esta afecta alrededor de 150 millones de personas en el mundo, y en América Latina se estima que cerca del 15 % de los adultos presentan la patología. En Colombia existen datos que afirman que el 7 % de los adultos mayores de treinta años padecen de DM 2; y se cree que el 63 % está sin diagnosticar (2, 3, 4, 5).

Son complicaciones de la DM 2 la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía, afecciones que comprometen aspectos de la vida de la persona, como su capacidad laboral, sus relaciones y la adaptación al entorno; todo esto causa deterioro de la calidad de vida y manejo inadecuado de la enfermedad (6).

Ariza (7) en el estudio realizado en la Unidad de Atención Básica (UBA) de Coomeva EPS en Cartagena, Colombia, con 157 pacientes diagnosticados con DM 2, encontró que el 62,4 % de los diabéticos tenían un control metabólico inadecuado, lo que no ayudaba al tratamiento y al manejo de la enfermedad, y conducía al paciente a

un estado degenerativo. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que la persona con DM 2 conozca su enfermedad, modifique su estilo de vida y adquiera habilidades para el autocuidado (5).

La enfermería, en la relación de cuidado, se ha dedicado a velar por el sujeto durante la experiencia de salud-enfermedad; en la actualidad es motivo de investigación el identificar en las personas que se cuidan la capacidad que tienen para suplir sus necesidades básicas de auto cuidarse, conservar elevados los niveles de autoestima y autoconcepto, el sentirse útil, a lo que se denomina capacidad de agencia de autocuidado (8).

Para desarrollar el estudio, los autores tomaron como postura la concepción filosófica de Dorothea Orem en la teoría del déficit de autocuidado, que de acuerdo a su visión de la naturaleza de los seres humanos, los concibe como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales (9). En este mismo orden, se reconoce que el contenido de la agencia de autocuidado deriva de su finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella son capaces de satisfacer los requisitos de autocuidado, cualesquiera que sean estos requisitos en un momento determinado (10).

La agencia de autocuidado integra un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas y de comprender sus características y el significado de estas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer, y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación (9).

Para Orem (11), la capacidad de agencia de autocuidado es la

... compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para reactivar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Por otra parte, las unidades primarias de atención (UPA), son instituciones de salud que atienden pacientes en el primer nivel de atención. En este estudio se identificó la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de DM 2, inscritos en los programas de control de diabetes en diecinueve UPA de Cartagena.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, con una población constituida por 425 pacientes con diagnóstico de DM 2, inscritos en los programas de control de diabetes de las UPA de Cartagena. Se estimó un tamaño de la muestra de 225 pacientes mediante el cálculo de muestra con población finita, y los pacientes con diagnóstico de DM 2 fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Para determinar la capacidad de agencia de autocuidado se utilizó la escala de valoración de las capacidades de autocuidado desarrollada por Isenberg y Everest (12), derivada del concepto de autocuidado, implementado por Orem (11). En el contexto de Cartagena, el instrumento reportó un alfa de Cronbach de 0,81.

La versión en inglés del instrumento fue traducida al español por Gallegos (13), y se compone de veinticuatro ítems en una escala tipo *likert* de cinco opciones de respuesta, donde el puntaje “totalmente en desacuerdo” significa el valor más bajo de capacidades de autocuidado y “totalmente de acuerdo” el más alto. Por autorización de la autora de la versión en español, la Universidad Nacional de Colombia realizó una modificación de la escala de medición del instrumento a cuatro ítems, eliminando una de las escalas evaluativas (3: “ni de acuerdo ni en desacuerdo”) que permitía al entrevistado ubicarse en un punto medio sin detenerse a pensar la realidad de sus cuidados (8), quedando así el instrumento con los veinticuatro ítems originales y cuatro alternativas de la escala de medición. El instrumento presenta una confiabilidad de 0,70 (8).

Peñalosa (8) en su artículo presenta la información de los ítems en cinco grupos y los denomina afirmaciones, la agrupación de los requisitos universales de autocuidado, es la siguiente:

- Ítem 9: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.

- Ítems 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24: preservación de equilibrio entre actividad y reposo.
- Ítem 23: mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
- Ítems 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22: prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
- Ítems 10, 12 y 18: promoción del funcionamiento y el desarrollo personal dentro de grupos so-

ciales, de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas (8).

La evaluación del nivel de capacidades de agencia de autocuidado se hizo sobre el puntaje posible obtenido, de 24 a 96 puntos en total. A estos valores se les realizó su equivalencia porcentual en una escala de 0 % a 100 %, donde los porcentajes más altos corresponden a mayor nivel de capacidades de agencia de autocuidado. La tabla de resultados se interpreta de la siguiente forma (tabla 1):

Tabla 1. Interpretación de los resultados de la escala de valoración de las capacidades de agencia de auto cuidado, 2004

Calificación	Puntaje escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de agencia de autocuidado
1	1 - 24	Nunca	0 - 25 %	Muy bajas
2	25 - 48	Casi nunca	26 - 50 %	Bajas
3	49 - 72	Casi siempre	51 - 75 %	Buenas
4	73 - 96	Siempre	76 - 100 %	Muy buenas

Fuente: modificación autorizada por la doctora Esther Gallegos (2004) (13).

Los resultados obtenidos en el presente estudio se interpretaron siguiendo las instrucciones establecidas para el instrumento (tabla 1). Una vez diligenciados los instrumentos, se incorporaron los datos en una matriz creada en Microsoft Excel. Se utilizó la estadística descriptiva para determinar características sociodemográficas y la capacidad de agencia de autocuidado, y los resultados se presentaron en frecuencias absolutas y relativas.

La investigación conservó los parámetros éticos para estudios con seres humanos, incluyendo el consentimiento informado, la participación voluntaria y el manejo confidencial de la información para preservar la intimidad de las personas e instituciones participantes, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 08430 de 1993 (14).

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica

Las edades de los participantes del presente estudio oscilaron entre 27 y 89 años, con un promedio de edad

de 58 años, una desviación estándar de 13,6; el 68,4 % de género femenino. Respecto al nivel socioeconómico, el 88,9 % pertenecía al estrato 1 y 2, el 59,1 %, vivía en unión libre, tenía estudios de básica primaria el 50,7 %, el 34,7 % tenía ingresos igual a un salario mínimo legal vigente. Respecto a seguridad social el 88,9 % pertenecía al régimen subsidiado y, por otra parte, la mayoría de las personas diabéticas era de procedencia urbana (76,4 %).

Capacidad de agencia de autocuidado

En lo referente a la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % (167) de los encuestados calificó cada ítem del cuestionario con un valor de 4, que corresponde a un puntaje entre 73 y 96, lo que equivale a “siempre”. Al contrastar los resultados con la tabla de interpretación (tabla 1), se encontró un porcentaje del 76 %, que se traduce en una muy buena capacidad de agencia de autocuidado; solo el 1,3 % (3) de los encuestados presentó una baja capacidad de autocuidado (figura 1).

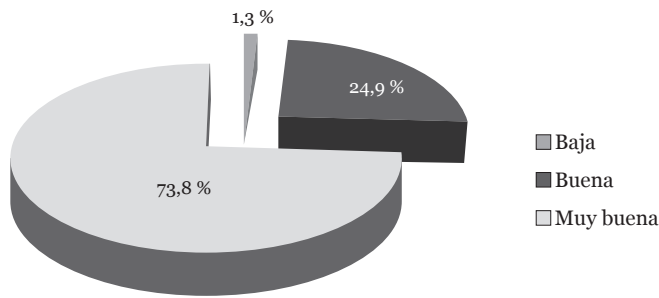


Figura 1. Capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que asisten a las unidades primarias de atención, Cartagena, 2009.

Fuente: datos del estudio.

Los resultados referentes a la capacidad de agencia de autocuidado se analizan con base en la clasificación realizada por Peñalosa (8), pero se conserva la denominación inicial de ítem para los aspectos a evaluar. En

cuanto a las prácticas de autocuidado se observó que el 64,4 % de la muestra hace lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive, el 67,1 % de las personas diabéticas consultadas se bañan con frecuencia con tal de mantenerse limpias. El 41,3 % de los pacientes refiere que nunca tiene fuerzas para cuidarse; respecto a la alimentación el 46,2 % se alimenta de la mejor manera para conservar su peso y el 48,9 % ha cambiado hábitos arraigados para conservar su salud. Por otra parte, el 40,4 % desea hacer ejercicios y descansar un poco durante el día, pero no llega a hacerlo. El 47,6 % de las personas participantes en el estudio duerme lo suficiente para sentirse descansado, y el 35,1 % expresa que debido a las ocupaciones diarias no tiene tiempo suficiente para cuidarse. Con respecto al autoconocimiento de la anatomía, el 51,6 % examina su cuerpo en busca de alteraciones o cambios; por último, el 52,4 % y el 50,7 % de las personas participantes del estudio, se muestran interesadas por conocer más sobre su patología y sacan tiempo para ellos respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Prácticas de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que asisten a las unidades primarias de atención, Cartagena, 2009

Ítems	Actividades	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente	Conserva el peso	3 (1,3 %)	18 (8 %)	100 (44,4 %)	104 (46,2 %)
Preservación de equilibrio entre actividad y reposo	Ambiente limpio	0 (0 %)	7 (3,11 %)	73 (32,44 %)	145 (64,44 %)
	Mantenerse limpio	4 (1,8 %)	10 (4,4 %)	60 (26,7 %)	151 (67,1 %)
	No hay fuerzas para el cuidado	93 (41,3 %)	69 (30,7 %)	36 (16 %)	27 (12 %)
	Duerme suficiente	8 (3,65 %)	22 (9,8 %)	88 (39,1 %)	107 (47,6 %)
Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	Saca tiempo para él	2 (0,9 %)	23 (10,2 %)	86 (38,2 %)	114 (50,7 %)
Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal	Saca tiempo para el cuidado	79 (35,1 %)	64 (28,4 %)	53 (23,6 %)	29 (12,9 %)
	Examina su cuerpo	9 (4 %)	24 (10,7 %)	76 (33,85 %)	116 (51,6 %)
	Pide explicación sobre la salud	6 (2,7 %)	24 (10,7 %)	77 (34,2 %)	118 (52,4 %)
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas	Realiza ejercicios	91 (40,4 %)	51 (22,7 %)	46 (20,45)	37 (16,4 %)

Fuente: datos del estudio.

DISCUSIÓN

El promedio de edad encontrada en el presente estudio fue de 58,4 años. Baca (15) en su estudio informa que el promedio de edad de los pacientes diabéticos fue de 60 años. Estos hallazgos son reafirmados por Álvarez (16), quien expresa que la edad se constituye en un factor determinante para la capacidad de agencia de autocuidado: a mayor edad, los pacientes presentan un mejor control.

El 68,4 % de los participantes con DM 2, son mujeres; al respecto, Rosello (17) no encontró diferencias estadísticas de riesgo por sexos, a pesar de que hubo mayor número de mujeres en todos los grupos etáreos. Esta brecha se acentuó al aumentar la edad para la DM 2. Peñalosa y Vásquez (8, 18) informan, a su vez, que la prevalencia de la DM 2 determinada en sus estudios no mostró diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres. Contrario a lo descrito, en el estudio de Baca (15) predominaba el sexo masculino (56 %). Al buscar explicaciones a este comportamiento de la enfermedad, la evidencia sugiere que no se relaciona con un sustento biológico intrínseco, dado que en algunos países africanos la prevalencia es mayor en hombres, por lo que probablemente se asocie a determinantes de índole ambiental, tales como la obesidad, el sedentarismo y la dieta, entre otros (19).

En lo referente al nivel socioeconómico, predominan los estratos bajos (1, 2 y 3); similar a estos resultados, Tenahua (20) describió en su estudio que los participantes fueron de estrato bajo. Al respecto Álvarez (16) expresa que las personas con menores ingresos económicos tienen un mejor control de la enfermedad, frente a las personas con mayores ingresos. Contrario a estos hallazgos, Baca (15) explica como causas de no adherencia del paciente diabético al tratamiento, el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos.

Predominan en el presente estudio los participantes casados o en unión libre, similar situación informa Peñalosa (8) en su estudio de personas con hipertensión arterial, y lo relaciona con buena capacidad de agencia de autocuidado. Álvarez (16) expresa que tener pareja o apoyo familiar es relevante para mantener niveles normales de glicemia, es decir, las personas con pareja tienen mejor control glucémico. Por otra parte, para Baca (15) las estrategias de afrontamiento manejadas por el paciente ante la enfermedad y el apoyo social son dos factores que también se han relacionado con la obser-

vancia, o no, del tratamiento por parte del diabético, condiciones que se hacen posibles cuando se cuenta con una pareja estable.

Favorece la adherencia al autocuidado el que las personas que participan en programas grupales de entrenamiento para diabetes muestran un mejor control de la enfermedad y conocimiento acerca de esta; también hay evidencia de que estos programas pueden reducir el peso corporal, aumentar el autocontrol, la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la satisfacción con el tratamiento (6, 16).

En cuanto a las prácticas de autocuidado, la gran mayoría de las personas encuestadas consideraron que siempre podían hacer lo necesario para mantenerse aseados, tanto la persona como el ambiente; de la misma manera Peñalosa (8) encontró que los participantes de su estudio tenían muy buenas capacidades de autocuidado, refiriéndose a los hábitos de higiene. El desarrollo y la implementación de hábitos higiénicos son necesarios para el paciente diabético, dado que este es proclive a desarrollar neuropatía de las fibras nerviosas sensitivas y motoras, produciendo diferentes manifestaciones a nivel de los miembros inferiores: disminución de la sensibilidad profunda y de la superficial, piel seca y agrietada, produciendo fisuras que son el inicio de una lesión o la puerta de entrada a la infección. Por tal razón la higiene en el paciente diabético es primordial para evitar lesiones que podrían traer complicaciones (21).

El conocimiento de la enfermedad es un aspecto importante para la conservación del peso, lo que es confirmado en el presente estudio, porque los pacientes mantienen un consumo de alimento suficiente para conservar su peso y han cambiado hábitos arraigados para mantener su salud; a su vez, Álvarez (16) anota que la conservación de los niveles de normoglucemia, para gran parte de los sujetos de su estudio, está relacionada al conocimiento de la enfermedad y a la adherencia a la dieta.

En el ítem que evalúa alimentarse adecuadamente, el 90 % de los pacientes estudiados expresó que casi siempre y siempre realizan estas prácticas, lo que indica que la mayoría de las personas tiene una buena capacidad de agencia de autocuidado (puntuación 3 y 4); igual resultado obtuvo Peñalosa (8) en su estudio (puntuación general 3); al respecto anota Álvarez (16) que el mantener niveles normales de glucemia se asocia significati-

vamente con el apoyo familiar, el conocimiento que se tenga de la enfermedad y la adherencia a la dieta.

De acuerdo al ítem “preservación de equilibrio entre actividad y reposo”, se observó que gran parte de los diabéticos tuvieron buena capacidad de agencia de autocuidado; este resultado es congruente a lo encontrado por Peñalosa (8), quien describió que la mayoría de los participantes tenían buena capacidad de agencia de autocuidado, porque dichas actividades hacen parte de su rutina, pueden realizarlas sin incurrir en costos adicionales y que solo deben ajustar un poco su estilo de vida para lograr los resultados óptimos que redunden en salud y bienestar. En el ítem “puedo sacar tiempo para mí”, se observó que gran parte de las personas estudiadas tenían buena capacidad de agencia de autocuidado (88,9 %); contrario a lo expresado en este estudio, Peñalosa (8) encontró que los participantes del estudio pocas veces pueden tomar tiempo para sí mismos, por el trabajo y otras actividades que aparentemente no les permite tener sus espacios.

CONCLUSIONES

A pesar de no encontrar en la literatura diferencias significativas en la aparición de la DM 2 entre hombres y mujeres, en la población estudiada el mayor porcentaje correspondió a mujeres; esta diferencia aparece en los grupos mayores de cincuenta años y de estrato socioeconómico bajo.

Para la disciplina de enfermería el utilizar como referente teórico la teoría de Orem, le permite validar propuestas de cuidado en los pacientes con DM 2. Las prácticas de autocuidado relacionadas con la higiene personal y del entorno, el conocimiento acerca de la enfermedad y la adherencia a la dieta, son aspectos fundamentales para conservar una buena agencia de autocuidado. Se destaca además la importancia del apoyo social (familiar, programas grupales), recibido por el paciente con DM 2, como un factor para lograr adherencia al autocuidado.

REFERENCIAS

- (1) Dennis L, Kasper E, Braunwald A, Fauci S, Hauser D, Longo J, et al. Harrison 'S-Principios de medicina interna. 16ª ed. México: McGraw-Hill; 2005.
- (2) King H. WHO and the International Diabetes Federation: Regional Partners. Bulletin of the World Health Organization. 1999; 77(12): 954.
- (3) World Health Organization. Diabetes fact sheet. 1999 [Consultado marzo 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact138.html>
- (4) Sergio A, Cristina R. Diabetes Mellitus. 3ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2005.
- (5) Méndez E. Tratamiento combinado de la diabetes mellitus tipo 2 Servicio de Endocrinología. Pamplona: Hospital de Navarra. Rev. Anales [online], 2002; 25(2): 179-196 [Consultado febrero 2009]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25>
- (6) Gallego F. Calidad de la asistencia al paciente con Diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de una consulta de atención primaria. Av Diabetol. 2002; 18(2): 84-93.
- (7) Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Rev Salud Uninorte. 2007; 21(2): 28-40.
- (8) Peñalosa M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta. Avances en enfermería. 2004; 24(2): 63-69.
- (9) Berbiglia V, Banfield B. Teoría del déficit del autocuidado. En: Raile M, Marriner A, editores. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª Ed. Madrid: Elsevier; 2011. pp. 265-285.
- (10) Ramírez MM, Bautista LM. Relación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para autocuidarse de los adultos con enfermedad diabética. Actual Enfer. 2008; 11(2): 15-16.
- (11) Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª ed. Barcelona: Masson Salvat; 1993.
- (12) Isenberg MA, Evers GC. Cross-cultural testing of the “appraisal of self-careagency: ASA scale” in Norway. USA: International Journal of Nursing Studies 1993; 30(1): 15-23.
- (13) Gallegos EC. Validez y confiabilidad de la versión en español de La Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado. España: Revista Desarrollo Científ Enferm. 1998; 6(9): 260.
- (14) Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, Octubre 1993. Por el cual se establecen las normas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá (Colombia); 1993.
- (15) Baca B, Bastidas A, De La Cruz M, González Delgado O. Nivel de conocimientos del Diabético sobre su Auto Cuidado. Enfermería Global Revista electrónica cuatrimestral de enfermería, México. 2008; N.º 13: 1-12. Disponible en: www.um.es/eglobal/

- (16) Álvarez D. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos. [Tesis postgrado]. México: Universidad de Colima; 2005.
- (17) Rosello M. Prevalencia de diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa y diabetes provisional en El Guarco, Cartago. *Rev Costarric Cienc Méd.* 2003; 24(1-2): 15-24.
- (18) Vásquez M, Escobedo J. Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en IMSS (1979-1987). *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 1990; 28:157-170.
- (19) McLarty D, Pollit C, Swai A. Diabetes in Africa. *Diabetic Med.* 1990; 7(8): 670-684.
- (20) Tenahua Q, Landeros E, Linares G, Grajales L. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Enfermería en cardiología.* 2007; 41(2): 19-24.
- (21) González R. Valoración clínica del riesgo de lesión en el pie diabético. *Av Diabetol.* 2006; 22(1): 32-38.