

Estrategias de autocuidado para la prevención del riesgo de pie diabético

Self-care strategies for preventing the risk of diabetic foot

MARTIN ORTIZ, INGRID¹; GÓMEZ AGUILAR, PATRICIA¹; SANTOYO FUENTES, SAYDI¹; YAM SOSA, ANTONIO¹

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Yucatán, México.

Autor de correspondencia

a15214360@alumnos.uady.mx

Fecha de recepción

07/03/2024

Fecha de aceptación

15/04/2024

Fecha de publicación

25/05/2024

Autores

Martin Ortiz Ingrid Amairani
Universidad Autónoma de Yucatán. México.
Correo: a15214360@alumnos.uady.mx
Orcid ID: 0000-0003-2940-3252

Gómez Aguilar Patricia Isolina del Socorro
Universidad Autónoma de Yucatán. México.
Correo: patricia.gomez@correo.uady.mx
Orcid ID: 0000-0001-7196-1544

Santoyo Fuentes Saydi Paloma
Universidad Autónoma de Yucatán. México.
Correo: paloma.santoyo@correo.uady.mx
Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-9548-0585>

Yam Sosa Antonio Vicente
Universidad Autónoma de Yucatán. México.
Correo: antonio.yam@correo.uady.mx
Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-7499-1009>

Citación:

Martin, I., Gómez, P., Santoyo, S., Yam, A. (2024). Estrategias de autocuidado para la prevención del riesgo de pie diabético. *GICOS*, 9(2), 79-98

DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2024.09.02.06>



RESUMEN

El incremento de casos de Diabetes Tipo 2 es notorio, un gran porcentaje de estas personas no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de esta enfermedad. El déficit del nivel de automanejo eleva los porcentajes de descontrol de este padecimiento. El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de automanejo en personas que viven con esta enfermedad, con riesgo de pie diabético, de Oxkutzcab, Yucatán. Para ello se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con una muestra de 30 personas con Diabetes Tipo 2, se recabaron los datos a través del cuestionario Partner in Health Scale y el Test de Michigan, se complementó con la valoración física a través del diapason, monofilamento e índice de brazo tobillo en el cual se utilizó como herramienta un Doppler vascular, de esta forma se determinó el grado de riesgo de estas personas. Resultados: Los participantes fueron el 86.7% (n=26) mujeres y el 13.3% (n=4) hombres. El 100% presentó algún grado de riesgo de neuropatía diabética y el 69.9% (n=21) ha experimentado alguna sintomatología de neuropatía diabética, que es la causa principal del pie diabético. Los resultados de la prueba “Partner in Health Scale” indican que el 26.7% (n=8) obtuvo un automanejo deficiente. Conclusión: El automanejo ofrece la oportunidad para abordar este problema de salud de manera diferente, especialmente considerar no solo la necesidad de empoderar al paciente y aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, sino también lograr una adopción de sus roles en la vida como consecuencia de su enfermedad.

Palabras clave: control, diabetes tipo 2, enfermedad crónica, neuropatías diabéticas, pie diabético.

ABSTRACT

The increase in cases of Type 2 Diabetes is notable; a large percentage of these people do not take preventive measures to avoid or delay the complications of this disease. The deficit in the level of self-management increases the percentages of lack of control of this condition. The objective of this research was to determine the level of self-management in people living with this disease, at risk of diabetic foot, from Oxkutzcab, Yucatán. For this, a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out with a sample of 30 people with Type 2 Diabetes, the data was collected through the Partner in Health Scale questionnaire and the Michigan Test, it was complemented with physical assessment through the tuning fork, monofilament and arm-ankle index in which a vascular Doppler was used as a tool, in this way the degree of risk of these people was determined. Results: The participants were 86.7% (n=26) women and 13.3% (n=4) men. 100% presented some degree of risk of diabetic neuropathy and 69.9% (n=21) has experienced some symptoms of diabetic neuropathy, which is the main cause of diabetic foot. The results of the “Partner in Health Scale” test indicate that 26.7% (n=8) obtained poor self-management. Conclusion: Self-management offers the opportunity to address this health problem in a different way, especially considering not only the need to empower the patient and increase knowledge about the disease, but also achieve an adoption to their roles in life as a consequence of his/her illness.

Keywords: control, type 2 diabetes, chronic disease, diabetic neuropathies, diabetic foot.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años la incidencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) o Crónicas en México ha ido en aumento, entre las que destacan la Diabetes Tipo 2, una enfermedad lenta y asintomática en los estadios iniciales, lo que puede retardar su diagnóstico durante muchos años y favorecer el desarrollo de complicaciones crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). El Ecuador a lo largo del tiempo ha atravesado por un incremento de nuevos casos diagnosticados de Diabetes Tipo 2, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT) en términos regionales, la mayor prevalencia de personas con diagnóstico médico previo de diabetes se observó en la región sur 10.2% (ENSANUT, 2018).

El 46.4% de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 no toma medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad. Por ende, el porcentaje de complicaciones reportadas en las personas que viven con Diabetes Tipo 2, en proporción total de ese grupo personas, tuvo una mayor incidencia de complicaciones como ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies, que llevaban a la formación de úlceras y amputaciones (ENSANUT, 2018).

La alta tasa de complicaciones específicas se relaciona con un mal manejo a nivel primario de factores de fácil detección y, además, se ha demostrado una excelente relación costo-beneficio de las medidas de prevención. Protocolos de centros especializados han demostrado que medidas simples pueden reducir las amputaciones hasta en un 80% (OMS, 2012).

El pie diabético es una de las complicaciones más impactantes de la diabetes que requieren de un diagnóstico oportuno para evitar llegar a estas complicaciones devastadoras, no obstante, la educación terapéutica se mantiene como el eslabón más débil en la cadena de la atención integral en Diabetes Tipo 2. Resulta difícil encontrar un servicio que ponga igual énfasis en los aspectos educativos que en el cuidado clínico, y es muy frecuente encontrar que los programas de educación en diabetes (PED), en específico, para contrarrestar complicaciones, se reduzcan a ofrecer información clínica, sin tener en cuenta ni el nivel de comprensión ni las inquietudes del paciente (Quemba-Mesa et al., 2022).

En la actualidad su frecuencia de aparición es elevada y presenta altas tasas de recidiva, además se estima que el 25% de los diabéticos desarrollan una lesión en el pie a lo largo de su vida y también es la complicación que mayores causas de discapacidad ocasiona ya que causa el 85% de las amputaciones no traumáticas (OMS, 2021). Esta situación convierte al pie diabético en un problema que va a requerir largos períodos terapéuticos ya que la mitad de ellos tendrán un intervalo de curación superior a los 6 meses, por lo que es la complicación que mayores costos genera a los sistemas de salud; por ejemplo, en los países de alto ingreso el tratamiento de las complicaciones del pie diabético absorbe entre el 15 y el 25% de los recursos (Rodríguez, 2013).

El proyecto se realizó con habitantes del Municipio de Oxkutzcab, Yucatán, población que cuenta con 29,325 habitantes, debido a las determinantes sociales que presenta, en 2010, 16,463 individuos (72.9% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 11,228 (49.7%) presentaban pobreza moderada y 5,235 (23.2%) estaban en pobreza extrema. Las estadísticas reflejan que un 22.3% de la población de Oxkutzcab

cuenta sin derechohabencia a servicios de salud, es decir, no cuentan con acceso a servicios de salud, el 22.9% de individuos reportó habitar en viviendas con mala calidad de materiales y espacio insuficiente y el 54.6% reportó habitar en viviendas sin disponibilidad de servicios básicos; gran parte de la población no cuenta con la educación básica, lo que aumenta nuevos casos de Enfermedades No Transmisibles, en su mayoría incidencia en nuevos casos de Diabetes Tipo 2, la falta de educación e información aumenta la probabilidad de que dichos pacientes presenten complicaciones (Quemba-Mesa et al., 2022).

METODOLOGÍA

El estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño transversal. La población de estudio fueron 41 personas, con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 que presentan algún grado de riesgo de pie diabético, participantes de Grupo de ayuda mutua en la enfermedad derechohabiente del Hospital Rural Número 39 del Instituto Mexicano de seguro social de Oxkutzcab, Yucatán. La muestra fue de 30 personas hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 de Oxkutzcab, Yucatán, que tenían algún grado riesgo de pie diabético, sin antecedentes de complicaciones de pie diabético; el tipo de muestreo que fue utilizado es el estratificado para los cuatro sectores geográficos en que se ha dividido el Hospital Rural N ° 39.

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario Partner in Health Scale, cuestionario de Automanejo de enfermedades crónicas del primer nivel de atención, siendo de autoría de Petkov J, Harvey P. El instrumento Partner in Health Scale en primera instancia fue validado en Australia, después en México y posteriormente en Perú. Se ejecutó el análisis de contenido; se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.89 y el análisis factorial tuvo un 58% de varianza, se identificaron tres factores: Adherencia al tratamiento con un Alpha de Cronbach de .905, conocimientos sobre la enfermedad con un Alpha de Cronbach de .780 y manejo de signos y síntomas con un Alpha de Cronbach de .701. La adaptación de la terminología cultural y la traducción en español fue realizada por investigadores en población mexicana, en el proceso de validación en México (Peñarrieta de Córdova et al., 2014).

The Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI, por sus siglas en inglés) fue validado por Moghtaderi en el 2006, con una sensibilidad de 79% y una especificidad de 94%. (Moghtaderi et al., 2006). Según Lunetta presenta así una confiabilidad Alpha de 0.80 (Jimenez et al., 2015).

Este estudio recopiló información directamente de los participantes utilizando dos instrumentos específicos: la Escala Partner in Health y el Instrumento de detección de neuropatía de Michigan (MNSI). Esta fase implicó contacto directo con los participantes en el estudio, quienes fueron elegidos con base en una estrategia de muestreo estructurada para asegurar una representación equitativa de los diversos sectores geográficos atendidos por el Hospital Rural Oxkutzcab, Yucatán. Esta estrategia nos permitió identificar y seleccionar 30 pacientes con diabetes tipo 2 que tenían riesgo de desarrollar pie diabético. Además, la recopilación de datos se complementó con información extraída de las historias clínicas de cada participante, facilitando la adquisición de datos.

Los datos recopilados se analizaron mediante métodos estadísticos descriptivos y analíticos. Inicialmente, se

utilizó un análisis descriptivo para resumir las características básicas de la muestra en términos demográficos, condiciones de salud y otros aspectos importantes del estudio. Posteriormente, se utilizó el análisis factorial y el Alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad y estructura de los instrumentos utilizados, facilitando la interpretación de patrones subyacentes en las respuestas de los participantes. El uso de estadísticas proporcionó una base sólida para comprender la adherencia al tratamiento, el conocimiento de la enfermedad y el manejo de los signos y síntomas entre los pacientes con diabetes tipo 2. Las consideraciones éticas jugaron un papel importante en todas las etapas del estudio.

RESULTADOS

El 86.7% (n=26) de los encuestados eran mujeres, mientras que el 13.3% (n=4) eran hombres. La edad de los participantes varió entre 39 y 80 años, con una media de 45.5 años. En cuanto al estado civil, el 3.3% (n=1) estaba soltero, el 23.3% (n=6) era viudo, otro 3.3% (n=1) se encontraba divorciado y el 70% (n=21) estaba casado.

En cuanto al nivel educativo, el 59.9% (n=18) de los participantes tenía educación formal, mientras que el 40% (n=12) no había completado la primaria o carecía de educación formal. Dentro de este grupo, el 41.6% (n=5) eran analfabetos, lo que supone un desafío para su educación en el manejo de la diabetes, especialmente en el cuidado de los pies. En cuanto a los niveles educativos específicos, el 3.3% (n=1) había completado la primaria, el 10% (n=3) la secundaria, el 3.3% (n=1) había cursado parte de la preparatoria y otro 3.3% (n=1) había obtenido una licenciatura.

La ocupación de los participantes seleccionados mostró que el 80% (n=24) se dedicaba principalmente a labores del hogar, reflejando la mayor presencia de mujeres en el grupo. Un 3.3% (n=1) trabajaba en el campo y el 16.7% (n=5) era empleado. Respecto al tipo de seguro social, el 63.3% (n=19) tenía cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 16.7% (n=5) contaba con seguro popular y 20% (n=6) tenía seguro del IMSS.

De la muestra seleccionada, el 83.3% (n=25) tenía vivienda propia, mientras que el 6.7% (n=2) vivía en prestada y el 10% (n=3) alquilaba. Respecto al tipo de piso, el 46.7% (n=14) tenía vitropiso, el 36.7% (n=11) tenía cemento y un 16.7% (n=5) tenía loseta. En cuanto a los patios, el 20% (n=6) tenía pavimentado, 6.7% (n=2) ajardinado y el 73.3% (n=22) rocoso, aumentando el riesgo de lesiones en los pies. Mejorar las condiciones de vivienda puede salvar vidas, prevenir enfermedades y sus complicaciones, y contribuir a una mayor calidad de vida.

A continuación, se presentan los resultados de las variables clínicas. Con respecto al índice de masa corporal (IMC) de los participantes, se observó que el 20% (n=6) obtuvo un valor dentro del rango considerado como normal, mientras que el 80% (n=24) presentaba problemas de peso graves, desde sobrepeso hasta obesidad. En cuanto a los antecedentes clínicos de los participantes relacionados con la diabetes tipo 2 (DMT2), el 50% (n=15) tiene una duración de la enfermedad entre 1 y 10 años, un 30% (n=9) de 11 a 20 años, 17% (n=5) de 21 a 30 años, y solo un 3% (n=1) de 31 a 40 años viviendo con DMT2.

De acuerdo con las características bioquímicas el 90.01% (n=27) de los valores de HbA1c reportados fueron valores superiores a 6.5%. Por su parte, un 94% (n=28) obtuvo un valor fuera del rango normal por arriba de 110 mg/dl, la cual fue obtenida a través de una muestra capilar. Llevar un adecuado control glucémico es de suma importancia debido a que se pueden presentar problemas de salud a corto plazo, como la hipoglucemia, la hiperglucemia o la cetoacidosis diabética, y a largo plazo, una falta de control de la diabetes puede dañar varios órganos de importancia vital, como el corazón, los riñones, los ojos y los nervios.

En la Tabla 1 se presentan los resultados del Test de Michigan. Todos los 30 participantes mostraron algún grado de riesgo de neuropatía diabética. En el primer apartado, el 59.9% (n=18) reportó haber experimentado entumecimiento en piernas y pies, así como dolor o ardor. Además, el 69.9% (n=21) sufrió calambres musculares, 66.6% (n=20) experimentó sensación de picazón en piernas y pies, y 26.6% (n=8) presentó heridas abiertas en los pies.

Solo el 13.3% (n=4) recibió diagnóstico de neuropatía diabética por parte de un médico. Entre los síntomas más comunes, 56.1% (n=17) se sintió débil la mayor parte del tiempo, 69.3% (n=21) experimentó dolor al caminar, y 52.8% (n=16) presentó piel seca y agrietada. Además, solo 42.9% (n=13) notó que sus síntomas empeoraban por la noche. Solo un 3.3% (n=1) de los participantes reportó haber sufrido una amputación de un dedo en el miembro superior derecho debido a un accidente, no como complicación de la Diabetes Tipo 2.

Tabla 1.

Resultados Test de Michigan apartado 1 Historia clínica, de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010.

Frecuencias de las respuestas del Test de Michigan apartado número 1 historia clínica.	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
1. ¿Ha notado sus piernas o pies entumecidos?	18	60.0	12	40.0
2. ¿Alguna vez ha tenido dolor o ardor en los pies y/o piernas?	18	60.0	12	39.9
3. ¿Son sus pies demasiados sensibles al tacto?	13	43.2	17	56.6
4. ¿Le dan calambres musculares en las piernas o en los pies?	21	69.9	9	29.9
5. ¿Alguna vez ha tenido sensación de picor en las piernas o en los pies?	20	66.6	10	33.3
6. ¿Le duele cuando la ropa de cama toca su piel?	7	23.3	23	76.5
7. Cuando se baña ¿usted es capaz de detectar el agua caliente de la fría?	26	86.5	4	13.3
8. ¿Ha tenido alguna vez una herida abierta en el pie?	8	26.6	22	73.2
9. ¿Su médico le ha dicho que usted tiene neuropatía diabética?	4	13.3	26	86.5
10. ¿Se siente débil durante la mayor parte del tiempo?	17	56.1	13	42.9
11. ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	13	42.9	17	56.1
12. ¿Le duelen las piernas cuando camina?	21	69.3	9	29.7
13. ¿Es usted capaz de sentir los pies cuando camina?	22	72.6	8	26.4
14. ¿La piel de sus pies es tan seca que se agrieta?	16	52.8	14	46.2
15. ¿Alguna vez ha tenido una amputación?	1	3.3	29	95.7

Fuente: Elaboración propia con base en el instrumento para detectar grado de riesgo de Neuropatía, Test de Michigan Neuropathy, 2019.

En el apartado 2 del Test de Michigan los resultados fueron los siguientes, en el segmento de apariencia de los pies se presentó fisuras con mayor frecuencia en el pie izquierdo 23.1% (n=7), el pie derecho presentó

mayormente piel seca 62.7% (n=19), la deformidad de los pies la presentó un 9.9% (n=3), la frecuencia fue la misma en ambos pies, de igual manera, el 3.3%(n=1) presentó infección en ambos pies, a continuación, se presenta el desglose de resultados (Tabla 2, 3, 4, 5 y 6). Los pacientes con diabetes pueden experimentar problemas en la piel, ya que los niveles elevados de glucosa en la sangre hacen que se incremente la pérdida de fluidos provocando que la piel se empiece a reseca. La piel de las personas que padecen diabetes es mucho más propensa a presentar lesiones e inflamaciones.

Tabla 2.

Resultados del Test de Michigan apartado 2 Exploración clínica Apariencia, de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010

	Resultado de Test Michigan apartado 2 exploración clínica	
	Apariencia	
	Pie derecho	Pie izquierdo
Fisura	13.2% (4)	23.1% (7)
Piel seca	62.7 % (19)	59.4% (18)
Deformidad	9.9% (3)	9.9% (3)
Infección	3.3% (1)	3.3% (1)
No aplica	3.3% (1)	0
Otros	6.6% (2)	3.3% (1)

Fuente: Elaboración propia con base en el instrumento para detectar grado de riesgo de Neuropatía, Test de Michigan Neuropathy, 2019.

En el apartado de presencia de úlceras, el 13.2% (n=4) lo presentó en el pie derecho y el 9.9%(n=3) en el pie izquierdo. Las úlceras en los pies son una razón común de hospitalizaciones para personas con diabetes. Pueden tardar semanas o incluso varios meses en sanar, a menudo son indoloras (debido a la disminución de sensibilidad en los pies).

En la parte de presencia de reflejos fue ausente con 3.3%(n=1) en el pie derecho y 6.6% (n=2) en el pie izquierdo, por su parte el 6.6% (n=2) presentó reforzamiento en ambos pies.

El 29.7% (n=9) tuvo ausencia de sensación de vibración en el pie derecho y el 59.4% (n=8) en el pie izquierdo, en el pie derecho un 39.6% (n=12) obtuvo sensación disminuida en el pie derecho y 33% (n=10) fue en el pie izquierdo. En las personas que viven con diabetes los nervios en el cuerpo pueden resultar dañados por una disminución de flujo sanguíneo y un nivel alto de glucosa en la sangre. Esta afección es más probable cuando no existe un adecuado automanejo de la enfermedad por lo que existe un descontrol a lo largo del tiempo.

Tabla 3.

Resultados del Test de Michigan apartado 2 Exploración clínica Vibración, de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010

	Úlceras			Reflejos			Vibración	
	Pie dere- cho	Pie iz- quierdo		Pie dere- cho	Pie iz- quierdo		Pie dere- cho	Pie iz- quierdo
Ausente	85.8% (26)	89.1% (27)	Presente	3.3% (1)	6.6% (2)	Presente	29.7 % (9)	8 (26.4)
Presente	13.2% (4)	9.9% (3)	Ausente	89.1% (27)	85.8% (26)	Ausente	29.7 % (9)	39.6% (12)
			Reforzamien- to	6.6% (2)	6.6% (2)	Disminui- do	39.6 (12)	33% (10)

Fuente: Elaboración propia con base en el instrumento para detectar grado de riesgo de Neuropatía, Test de Michigan Neuropathy, 2019.

En el apartado de monofilamento el pie derecho obtuvo un 23.1% (n=7) el resultado fue ausente en el pie derecho y 26.4% (n=8) en el pie izquierdo, fue de valor disminuido en el pie derecho 33% (n=10) y 29.7% (n=9) en el pie izquierdo. Si la sensibilidad es ausente o disminuida tienen mayor probabilidad de desarrollar lesiones o amputaciones en las extremidades inferiores, al margen de la situación vascular y del tiempo de evolución de la diabetes.

Tabla 4.

Resultados del Test de Michigan apartado 2 Exploración clínica Monofilamento, de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010.

MONOFILAMENTO	Pie derecho	Pie izquierdo
Ausente	23.1% (7)	19.8% (6)
Presente	42.9% (13)	49.5% (15)
Disminuido	33% (10)	29.7 % (9)

Fuente: Elaboración propia con base en el instrumento para detectar grado de riesgo de Neuropatía, Test de Michigan Neuropathy, 2019.

Con respecto a los resultados del índice de brazo-tobillo un 76.7% (n=23) obtuvo un valor normal, 20% (n=6) presentó enfermedad arterial obstructiva periférica leve, y 3.3% (n=1) presentó calcificación arterial (Tabla 5). Cuando las arterias se han estrechado y se reduce el flujo sanguíneo generalmente en las piernas, es porque existe la probabilidad de padecer la enfermedad arterial periférica, uno de los factores de riesgo de este padecimiento es la diabetes.

Tabla 5.

Resultados del índice de brazo – tobillo de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010.

Resultados del Índice de Brazo-Tobillo	Nº	%
Normal (0,9-1,4)	23	76.7
Enfermedad arterial obstructiva periférica leve (0,7-0,9)	6	20.0
Calcificación arterial (>1,4)	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en la tabla de control de resultados del índice de brazo – tobillo.

Los resultados de la aplicación del test “Partner in Health Scale” fueron los siguientes 26.7% (n=8) obtuvieron un automanejo deficiente, 53.3% (n=16) tiene un automanejo regular como lo demuestra la Tabla 6. El no tener un adecuado nivel de automanejo hace susceptibles a las personas que viven con diabetes y conlleva a sufrir complicaciones de este padecimiento, por desconocimiento de tratar su enfermedad.

Tabla 6.

Resultado de instrumento “Partner in Health Scale” de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010

Resultados del instrumento “Partner in Health Scale”	F	%
Automanejo deficiente (12 A 39)	8	26.7
Automanejo regular (40 A 68)	16	53.3
Automanejo adecuado (69 A 96)	6	20.0
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en el instrumento “Partner in Health Scale” para detección de nivel de automanejo, 2019.

Se realizó una tabla de resultados de las dimensiones del test “Partner in Health Scale” en la cual se otorgó valor de acuerdo a la escala Likert de 0 a 2 muy poco, de 3 a 5 algo y de 6 a 8 mucho.

En la dimensión conocimientos acerca de la enfermedad las personas otorgaron el valor de algo acerca de su condición de salud, su tratamiento, que incluye medicamentos. De acuerdo con la dimensión adherencia al tratamiento los participantes refirieron que comunican muy poco las decisiones tomadas relacionadas a su condición de salud y a enfrentar al profesional de salud para obtener los servicios que necesita acorde con su cultura, valores y creencias. El valor de algo fue referido en que siguen los cuidados del trabajador de la salud, la toma de medicamentos y el mantenerse al tanto de signos y síntomas de alerta. Mencionaron que asisten puntuales a sus citas. En la dimensión manejo de síntomas, los entrevistados otorgaron el valor muy poco en relación a poder realizar gestiones de su estado de salud en su actividad física, designaron algo respecto a cómo se sienten y su vida social al gestionar el efecto de su estado de salud.

Tabla 7.

Resultados por dimensiones del instrumento “Partner in Health Scale” de las personas que viven con Diabetes Tipo 2 de la comunidad de Oxkutzcab, Yucatán 2010

Resultados por dimensiones del instrumento “Partner in Health Scale”			
	Moda	Mediana	Resultado (muy poco, algo, mucho)
Conocimientos acerca de la enfermedad			
1.En general, lo que conozco acerca de mi condición de salud	3	4.3	Algo
2. En general, lo que conozco acerca del tratamiento, incluyendo medicamentos, en mi condición de salud.	3	4.13	Algo
Adherencia al tratamiento			
3.Tomo las medicinas y los cuidados indicados por mi doctor o el trabajador de salud	3	5.06	Algo
4. Comunico las decisiones tomadas relacionadas con mi salud a mi médico o trabajador de salud.	0	2.16	Muy poco
5. Soy capaz de enfrentar al profesional de salud para obtener los servicios que necesito acorde con mi cultura, valores y creencias.	0	2.9	Muy poco
6. Yo asisto a las citas hechas por mi doctor o trabajador de salud	8	7	Mucho
7. Me mantengo al tanto de mis síntomas y signos de alerta temprana	8	4.96	Algo
8. Yo tomo medidas cuando mis primeras señales de advertencia y los síntomas empeoran	4	4.8	Algo
12.En general, me las arreglo para vivir una vida sana	8	7.06	Mucho
Manejo de los signos y síntomas			
9. Puedo gestionar el efecto de mi estado de salud en mi actividad física	0	1.66	Muy poco
10. Puedo gestionar el efecto de mi estado de salud de cómo me siento.	3	4.5	Algo
11. Puedo gestionar el efecto de mi estado de salud en mi vida social.	3	4.5	Algo

Fuente: Elaboración propia con base en el instrumento “Partner in Health Scale” para detección de nivel de automanejo, 2019.

DISCUSIÓN

Las condiciones sociodemográficas interfieren en los hábitos de vida y en la práctica del automanejo de personas con Diabetes Tipo 2, principalmente, en lo que se refiere a la comprensión de las orientaciones necesarias para el control de la enfermedad y recursos para una vida saludable. La baja escolaridad del individuo y las limitaciones relacionadas a las condiciones sociales y financieras imponen a los profesionales de la salud un desafío que requiere la planificación de estrategias/orientaciones diferenciadas para el automanejo.

Los resultados de la presente investigación en relación a la variable sexo de las personas que viven con Diabetes Tipo 2, muestran que el 86.7% (n=26) son mujeres. En este sentido coinciden los resultados hallados por Peñarrieta et al. (2015) donde predominó el sexo femenino con un 63% aplicado a personas con enfermedades

crónicas y de nueva cuenta en 2017 por Peñarrieta et al. En Perú, la mayor frecuencia fueron mujeres con el 73.5 %; este estudio fue específicamente para personas que viven con Diabetes Tipo 2, a diferencia del anterior que abarca las enfermedades crónicas. Esto se puede deber a las diferencias de poblaciones o muestras escogidas por los diversos investigadores. (Peñarrieta de Córdova et al., 2015)

La doctora Aurora Del Río, hizo un estudio sobre la incidencia de la diabetes en hombres y mujeres en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México y encontró que los roles de género eran un fuerte determinante sobre los riesgos de padecer una enfermedad crónica. El estilo de vida que llevan las mujeres aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas y con ellas las complicaciones de estas. (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2011)

El aumento tan alarmante de casos de diabetes puede ser debido, en parte, a factores heredo-familiares, pero los de tipo socio-culturales están siendo más determinantes en la modificación de nuestros estilos de vida como es el caso de las diferencias en las que se manifiesta y se caracteriza la diabetes según el género, pues las mujeres están más expuestas, por tradición cultural, a postergar su autocuidado y por ende la adaptación a la enfermedad se torna más compleja que entre los varones, quienes en la mayoría de las veces son atendidos y cuidados por las mujeres de su familia (Sandín et al., 2019).

Por un lado, se ha encontrado que la detección de la diabetes en mujeres es más tardía que en los varones, tradicionalmente el cuidado de los otros: niños, niñas, ancianos y enfermos, ha sido una labor femenina, lo que lleva a las mujeres a postergar sus propias necesidades de cuidado, entre las que se encuentran las visitas médicas preventivas, de tratamiento y control de enfermedades previamente diagnosticadas (Tébar, 2017). Cocinar una dieta sana y baja en glucosa implica aumentar el gasto por alimentos, lo que pone en crisis su economía. En el estado de Yucatán, que es reconocido por su gastronomía, culturalmente se piensa que una buena comida está definida por su sabor y condimentos y no tanto por su valor nutricional, y prefieren hacer un solo menú y postergan su dieta.

Otro punto importante es el exceso de peso y la obesidad en las mujeres que están asociados con aspectos biológicos y funciones fisiológicas femeninas relacionadas con los procesos hormonales y la reproducción: embarazo y lactancia. Las mujeres están en mayor contacto con los alimentos: los compran, los preparan, los administran y los sirven, pues culturalmente es una actividad femenina por excelencia, como se menciona anteriormente, tal situación las coloca en una vulnerabilidad mayor al consumo excesivo de comida (Servian, 2018).

La actividad física es otro de los fenómenos que también muestra diferencias según el sexo de las personas debido a que la mayoría de las mujeres se dedica a las labores domésticas, las cuales implican más actividades y responsabilidades y dedican menos tiempo a su persona, el poco tiempo libre que tiene lo ocupan a descansar, a diferencia del hombre que es el proveedor del hogar que en su mayoría son empleados y están activos la mayor parte del día (Rodríguez, 2013).

Se destaca que los individuos entrevistados eran en su mayoría personas de la tercera edad, con bajo grado de

escolaridad. Es una realidad que las condiciones socioeconómicas tienen relación directa con los factores de riesgo para las complicaciones de la Diabetes Tipo 2, ya que interfieren en el acceso a los servicios de salud; las opciones de tratamiento; y las medidas de prevención necesarias para evitar ese tipo de daño (Quemba-Mesa et al., 2022).

En cuanto al estado civil, el 70% (n=21) de los participantes están casados. Esto contrasta con los hallazgos de investigaciones previas. Por ejemplo, Simo et al. (2015) sugiere que la salud puede deteriorarse en personas solteras, y que las mujeres solteras tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión crónicas. Además, Bidinotto et al. (2016) encontraron una correlación más significativa entre el estado civil y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en personas solteras. Entre los individuos casados, la esposa suele desempeñar un papel clave en el control social, especialmente en lo que respecta a la promoción de conductas saludables y la adhesión a la dieta por parte del esposo.

Con respecto a la situación ocupacional predominaron los individuos que se dedican al hogar. Refieren algunos estudios que mantenerse productivo y activo influye de forma positiva para una vida saludable (Díaz et al., 2020). Se estipula que individuos insertos en la convivencia social y en la actividad laboral, pueden presentar mayor interés y estímulo en tener más cuidado con la salud, evidentemente la mayoría de estas personas son del sexo femenino y como se mencionó anteriormente dedicarse al hogar interfiere mucho el tiempo de dedicación para su padecimiento y produce diferentes niveles de estrés debido a las responsabilidades que conlleva, esto puede influir en su comportamiento para la adopción de un nivel de automanejo adecuado. (Bidinotto et al., 2016)

En cuanto al nivel de estudios, se ha evidenciado que el nivel bajo de comprensión y de conocimientos constituye un problema de salud pública, ya que se asocia con escaso conocimiento en términos relacionados a la salud, mayor uso de los servicios de salud públicos y menores conductas de automanejo. En una revisión sistemática se evidenció que las barreras para el desarrollo del automanejo de la diabetes tipo 2, son motivadas en su mayoría por la falta de entendimiento sobre aspectos relacionados con la enfermedad, por la falta de atención a la cultura, al idioma y por actitudes equivocadas del profesional sanitario en las consultas con su paciente (Guinea y Portillo, 2013). En México existen escasos estudios que analicen el nivel de alfabetización y cómo puede afectar en la comprensión de los mensajes en salud (indicaciones médicas, información sobre la enfermedad, metas del tratamiento, agenda de citas, etcétera) (Santesmases-Masana et al., 2017).

El 40% de los participantes no contaba con estudios concluidos, de los cuales el 41.6 % (n=5) son analfabetas, situación que ha sido evidenciada en investigaciones como una limitante para el acceso a la información en salud y asociada a un bajo nivel de conocimientos en materia de automanejo. Resultados similares fueron encontrados por Escolar et al. (2017), quienes refieren que a medida que disminuye el nivel educativo aumenta el riesgo de muerte por complicaciones de la Diabetes Tipo 2. Con este antecedente se hace evidente que la población de estudio presenta carencias para la lectura y la escritura, las cuales pudieran representar barreras para atender las recomendaciones de los profesionales de la salud toda vez que la lectura de las prescripciones y recomendaciones se ve limitada.

Esto concuerda con lo reportado por Santesmases-Masana et al. (2017), quienes encontraron que las pobres conductas de automanejo se relacionan con el bajo nivel de comprensión de la información en salud. Dicho tema ha recibido mucha atención como un factor de riesgo de baja adherencia al tratamiento y resultados adversos en varios entornos de atención médica, incluido el control de la diabetes (Ramírez et al., 2019). El conocimiento deficiente puede limitar la capacidad de un paciente en la participación en el cuidado de la salud y en el intercambio de información.

En cuanto a la vivienda, la mayoría de los individuos residían en casa propia 83.3% (n=25), en su mayoría cuenta con piso de vitropiso y con el patio de tipo rocoso. En el estado, siendo específico en la comunidad que se trabajó, es característico el tipo de suelo rocoso y, se pudo observar que pasan mucho tiempo realizando actividades recreativas en sus patios, en ocasiones esas actividades tienden a ser peligrosas. Entre las actividades que se pudieron percibir están la cría de animales y el cultivo de plantas de ornato.

Conocer el tipo de piso de la residencia de las personas que viven con diabetes es de gran importancia para que el profesional de salud pueda determinar los riesgos que se corren en el hogar y realice orientaciones a fin de prevenir accidentes y caídas, que pueden causar grandes traumas a las personas que, muchas veces, poseen acentuada reducción visual. Silva et al. (2015) señala que las ulceraciones en los pies son desencadenadas por malos hábitos como andar descalzo en pisos inadecuados, uso de zapatos apretados, corte inadecuado de las uñas, así como, presencia de callos y rajaduras en los pies. La progresión del pie diabético culmina no solamente en pérdidas físicas, sino también en psicológicas, pues afecta directamente la autoestima.

Con respecto al índice de masa corporal la mayoría de los participantes presenta sobrepeso y 9 de ellos presenta algún grado de obesidad, cuando una persona vive con diabetes y además presenta un exceso de tejido adiposo el número de adipocinas (proteínas producidas por el tejido adiposo que tienen influencia sobre la sensibilidad a la insulina) también aumentarán provocando que esta resistencia empeore (Sandín et al., 2019).

El 20% de los participantes presentó un promedio de evolución de la Diabetes Tipo 2 mayor a 20 años. La explicación se debe al alto índice de envejecimiento poblacional, algunos de los participantes presentan una edad avanzada, de igual forma, las personas mayores son las que frecuentan con alta incidencia los centros de salud. Los años de evolución son un factor importante en el desarrollo del pie diabético, debido a que a mayor tiempo con Diabetes Tipo 2 aumenta el riesgo de amputación (Gutiérrez-Valverde et al., 2015).

Las complicaciones de la Diabetes Tipo 2 como la presencia de pie diabético son resultado de un control glucémico no adecuado. Mantener los niveles de glucosa altos de manera prolongada produce daño en los vasos sanguíneos más pequeños del organismo, y al mismo tiempo, ocasiona el mal funcionamiento de los nervios. En este estudio el 90.01% (n=27) de los valores de HbA1c reportados fueron valores superiores a 6.5%, y el 94% (n=28) obtuvo un valor de niveles de glucosa fuera del rango normal por arriba de 110 mg/dl, valores que contribuyen de forma directa en el desarrollo de complicaciones severas.

Los resultados coinciden con el estudio de Ortiz et al. (2009) en el cual establecieron la asociación existente entre individuos con menores indicadores socioeconómicos (ingresos, educación y ocupación), el control de

la glucemia y las complicaciones de la diabetes, demostrando que los participantes poseen un pobre control de la glucemia (altos niveles de HbA1c).

De igual forma, los resultados coinciden con Partanen Licea Puig et al. (2019), quienes observaron glucemias en ayunas más elevadas en pacientes con Diabetes Tipo 2 de diagnóstico reciente; al seguir prospectivamente a estos individuos, confirmaron que desarrollaban neuropatía periférica diabética entre los 5 y los 10 años posteriores al diagnóstico de la Diabetes Tipo 2. Este dato coincide con el estudio realizado por Laclé y Valero (2012), quienes con siete años de seguimiento, identificaron factores de riesgo para la amputación en pacientes con pie diabético, factores como el largo tiempo de diagnóstico, la hemoglobina glicosilada elevada entre las más relevantes.

La neuropatía diabética, la causa principal del pie diabético, es un proceso difuso, progresivo en el cual, además de la hiperglucemia, existen otros factores asociados con el daño de los nervios periféricos. Su identificación y manejo son todo un reto y es importante identificarla en sus estadios iniciales. Los resultados del Test de Michigan primer apartado, evidencia los signos y síntomas de los participantes de los cuales estos porcentajes fueron significativos: los entrevistados han notado sus piernas, sus pies entumidos, han tenido dolor, ardor, picor, piel seca, han presentado calambres musculares y sienten dolor en las piernas cuando caminan. En las personas que viven con diabetes los nervios en el cuerpo pueden resultar dañados por una disminución de flujo sanguíneo y un nivel alto de glucosa en la sangre. Esta afección es más probable cuando no existe un adecuado automanejo de la enfermedad por lo que existe un descontrol a lo largo del tiempo (Laclé y Valero, 2012).

La heterogeneidad del cuadro clínico de la neuropatía diabética hace que el diagnóstico sea difícil por lo que la recolecta de datos se complementó con la exploración con diversas herramientas como el diapason, monofilamento y martillo de reflejo, las cuales conforman el apartado número 2 del Test, 30 personas presentaron un puntaje arriba de 2 puntos, por lo tanto, estas personas se consideraron con riesgo alto de padecer problemas neuropáticos que es el causante principal del pie diabético, que es una condición común y constituye la causa principal de amputación de miembros inferiores, que afecta la calidad y esperanza de vida (Santesmases-Masana et al., 2017).

Se conoce que el cuidado de los pies, uno de los mayores retos en la atención a personas diabéticas, no se enfoca adecuadamente en las consultas de rutina por lo cual se pierde la función preventiva de las complicaciones en miembros inferiores que representa un importante problema de salud pública. Al realizar las exploraciones se pudo observar pies que aparentenme estaban sanos, pero al realizar las pruebas con los instrumentos arrojaron resultados como la ausencia de vibración y sensibilidad, que fueron los datos significativos, así como la piel seca (Ramírez et al., 2019).

Es importante evaluar y disponer de instrumentos clínicos de diagnóstico. En el centro de atención médica del municipio no cuentan con instrumentos necesarios, ni con un lugar adecuado para realizar este tipo de cuidado, por lo que el diagnóstico se da en estados avanzados. Al realizar la pregunta si ya se les habían aplicado los instrumentos referían la escasa disponibilidad de tiempo del médico familiar durante las consultas de control,

referían que el profesional de salud se enfocaba más al control glucémico, es evidente que la educación del paciente en relación con los problemas del pie requiere más importancia y mayor tiempo que el de rutina.

Con respecto a los resultados del índice de brazo-tobillo la mayoría obtuvo un valor normal, 6 de los participantes presentan enfermedad arterial obstructiva periférica leve, y 1 presenta calcificación arterial, la prueba de índice tobillo-brazo es un método rápido y no invasivo para determinar la enfermedad arterial periférica, la enfermedad se produce cuando las arterias que se han estrechado y reducen el flujo sanguíneo, generalmente en las piernas, como se menciona anteriormente (Ramírez et al., 2019).

Las investigaciones indican que la enfermedad arterial periférica afecta alrededor del 10% de las personas mayores de 55 años. El índice tobillo-brazo, debería ser un método disponible en la consulta de primer nivel de atención para el estudio de la circulación arterial de miembros inferiores, sobre todo en aquellos pacientes con diabetes de mediana y larga evolución. La Asociación Americana del Corazón, ha establecido que existe una fuerte asociación entre edad y disminución de índice tobillo-brazo, que puede ser 4-5 veces mayor en personas de 70 años frente a sujetos de menos de 50 años (Olin et al., 2010).

El automanejo en los pacientes afectados con diabetes tipo 2, está enfocado en la responsabilidad activa de las personas para obtener y mantener un óptimo nivel de conocimientos, lograr la adherencia al tratamiento sin deserción y poder manejar sus signos y síntomas, basadas en acciones autónomas que permitan una mejora en sus vidas evitando a futuro complicaciones irreversibles para su salud. En lo que se refiere al automanejo, los resultados de la aplicación del test “Partner in Health Scale” el nivel con mayor frecuencia fue el regular con 53.3% resultados similares obtuvieron Lagos y Flores, quienes reportan un nivel de automanejo regular en el 56% e inadecuado en el 9% (Lagos y Flores, 2017).

Sin embargo, lo anterior difiere con lo encontrado por Peñarrieta et al. (2015) encontraron una autogestión deficiente con un 84% en las personas encuestadas. Tener un automanejo irregular o deficiente de la diabetes es perjudicial en la salud de quien la padece, cuando se adquiere una enfermedad crónica, se trabaja conjuntamente entre la persona, enfermera y la familia para mejorar la calidad de vida y evitar que aparezcan complicaciones que agraven la condición de salud. Las mujeres presentaron mayores déficits en comparación a los hombres con respecto al automanejo. Estos resultados difieren con Mendoza et al. (2018), quienes refieren que las conductas de automanejo en Diabetes Tipo 2 son mejores en las mujeres que en los hombres.

De acuerdo con la “Partner in Health Scale” respecto a las dimensiones del Automanejo en pacientes con Diabetes tipo 2 los resultados respecto a la dimensión Conocimientos acerca de la enfermedad, refirieron saber “algo” acerca de su enfermedad, así como su tratamiento, incluyendo medicamentos. Gutiérrez et al. (2015) sostienen que tener conocimiento es todo aquel usuario que conoce la causa inicio de su enfermedad, se considera una de las causas de riesgo reversibles y uno de los principales problemas de salud en el país y a nivel mundial. De ahí, la importancia de realizar campañas de promoción y prevención de la salud a través de la educación, que brinde una educación eficaz y mejore su estado de salud. Peñarrieta et al. (2015) obtuvieron un resultado deficiente, contrario a la presente investigación, donde se obtuvo un conocimiento regular por

parte de los pacientes encuestados.

Cada paciente crónico parece tener una comprensión sobre el origen de su dolencia, sus desafíos, lo que agrava su condición, así como lo que puede mejorar su bienestar y calidad de vida. Estos conocimientos les permiten tomar decisiones informadas, ajustar su enfoque si es necesario y estar alerta ante cambios significativos en su salud (Peñarrieta et al., 2015). Sin embargo, en este estudio, la mayoría de los participantes demostró un nivel de comprensión regular. Esta falta de conocimiento profundo podría tener consecuencias negativas en la salud de aquellos afectados por la diabetes tipo 2. Si un paciente desconoce aspectos cruciales de su enfermedad, como la identificación de problemas, la importancia del tratamiento y el estado de su salud, puede resultar en una gestión inadecuada de la enfermedad.

Al hacer hincapié en la responsabilidad del paciente y la importancia de actuar juntamente con la comunidad de prestadores de servicios de salud, el automanejo representa una estrategia prometedora de atención de las enfermedades crónicas que permite ir más allá de la información para enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados con la enfermedad que tienen. El automanejo también resulta prometedor como un paradigma eficaz en el espectro de la prevención (primaria, secundaria y terciaria) y proporciona estrategias para mitigar la enfermedad y manejarla en las etapas posteriores de la vida (Grady y Gough, 2014).

En la dimensión adherencia al tratamiento refirieron que comunican “muy poco”. Abbott et al. (2004), reafirmaron la necesidad que tenían los pacientes de conocer los motivos de las recomendaciones dadas por los profesionales, así como la necesidad de un vocabulario menos técnico. Por su parte, Burke et al. (2006) en su investigación expresaron la necesidad de que los profesionales escucharan sus experiencias y dificultades para llevar a cabo su automanejo, dedicando más tiempo del que hasta ahora se les brindaba, y que al mismo tiempo, reconocieran los pequeños logros que estaban consiguiendo. El problema real es que los pacientes conocen las recomendaciones, pero carecen de información con respecto a los motivos de esos consejos sanitarios; lo cual produce en ellos una disminución de la responsabilidad de manejar su enfermedad.

El valor de algo fue referido en la toma de medicamentos y el mantenerse al tanto de signos y síntomas de alerta, el paciente puede caer en la automedicación sin tomar en cuenta los efectos que esta le pueda causar, esto se debe al déficit de supervisión externa al paciente, debido a que algunos son adultos mayores y viven solos en sus viviendas y queda bajo su completa responsabilidad la indicación terapéutica, teniendo la autonomía absoluta de decidir si cumple o no, la terapéutica de la Diabetes Tipo 2. De igual forma, Lippa y Klein (2008) en su estudio añadieron que los participantes sabían que debían tomar la medicación, pero desconocían su función, cómo manejar las dosis omitidas. Por su parte, Ramos et al. (2017) sostienen que el paciente es único y libre de tomar sus propias decisiones según su necesidad de cumplir el tratamiento, y según sus conocimientos e interés que muestra por la enfermedad.

En cuanto a la dimensión adherencia, Gonzales (2015) en su investigación mostró que predominó el nivel bajo con un 58% de personas adheridas al tratamiento contra la diabetes, esto es diferente a lo encontrado en

esta investigación respecto a la adherencia regular; lo que nos muestra que no totalmente se está siguiendo la terapéutica necesaria, sino que el paciente aun no concientiza sobre la importancia que tiene el tratamiento para reducir daños a largo plazo, que los signos en la mayoría de casos son asintomáticos y que las consecuencias serán cada vez peor si no se logra una buena adherencia o en casos peores la deserción terapéutica. El no completar el tratamiento es la principal razón de que no se adquieran efectos que estos pudieran brindar, esta es la causa de las complicaciones de la enfermedad, lo cual disminuye la calidad de vida.

Otorgaron el valor “algo” a la atención de sus signos y síntomas de alerta. Al respecto, Hajar refiere que es importante enfatizar que la persona diabética es un paciente complejo porque su enfermedad puede manifestarse a nivel de los órganos de forma asintomática y la persona llega al límite de desconocer las complicaciones (Ramos et al., 2017), dato diferente a lo hallado por Peñarrieta et al. (2015), quienes encontraron en su investigación un nivel deficiente.

Lippa y Klein (2008) añadieron en su estudio que los participantes no eran capaces de detectar los síntomas de hÍper e hipo glucemias. Los signos y síntomas son manifestaciones objetivas fiables y apreciadas en una valoración física del paciente con diabetes mellitus en donde los síntomas son elementos subjetivos percibidos por el paciente ya sea micción de orina en frecuencias elevadas, sed excesiva entre otras. Estos resultados muestran que se debe intervenir más en esta dimensión para disminuir el porcentaje regular y conseguir una mejora del automanejo adecuado, saber porque la población no puede llevar un manejo correcto de los signos y síntomas de la diabetes, los cuales podrían llevar a padecer cuadros de ceguera, insuficiencia renal, pie diabético entre otras más y no menos perjudiciales.

Los entrevistados tienen poco conocimiento de cuáles son los signos y síntomas de alerta, al realizar las exploraciones se podían percibir los signos de alerta, pero los entrevistados los percibían sanos. Otra circunstancia es que en ocasiones se podían percibir los pies sanos, pero al realizar las pruebas con los instrumentos, como por ejemplo el monofilamento, no tenían adecuada sensibilidad. Como se menciona anteriormente Lippa y Klein (2008) coincide con los resultados debido a que los entrevistados desconocen la sintomatología y complicaciones, debido a que se les da menos relevancia e interés a los pies, que a la larga, producen complicaciones que son detectadas de manera tardía.

CONCLUSIONES

Es necesario que a todo paciente con Diabetes Tipo 2 que acude a su clínica familiar se le realice anualmente exploración para la detección temprana de neuropatía diabética, que es la causa número uno del pie diabético, debido al alto riesgo de desarrollo de este problema. Como profesionales de enfermería tenemos distintos roles en ellos está la salud comunitaria, el evaluar de manera integral el riesgo de una persona de padecer pie diabético es de suma importancia ya que podría reducir la morbimortalidad y sobre todo los gastos a salud pública.

Estos resultados permiten llevar a la reflexión sobre la necesidad de cambiar la forma en que se aborda este

problema. Por eso es necesario hacer cambios que permitan manejar adecuadamente una enfermedad crónica. La perspectiva del automanejo ofrece la oportunidad para abordar este problema de salud de manera diferente, especialmente considerar no solo la necesidad de empoderar al paciente y aumentar el conocimiento sobre la enfermedad (que ha sido la tradicional manera de afrontar este problema), sino también lograr una adopción en sus “roles en la vida “como consecuencia de su enfermedad.

RECOMENDACIONES

Adoptar un enfoque proactivo centrado en la prevención y educación para abordar este creciente problema de salud pública. Además, es esencial implementar programas de promoción de la salud que aumenten la conciencia sobre las prácticas preventivas efectivas, tales como el uso de protección solar adecuada y el fomento de consultas regulares con especialistas oftalmológicos. Dicha educación debería estar especialmente dirigida a grupos de alto riesgo, como aquellos cuyas ocupaciones le exponen a la radiación solar de manera prolongada, incluidos agricultores y pescadores.

CONFLICTO DE INTERÉS

Se declara no existir conflicto de intereses por parte de los autores.

AGRADECIMIENTOS

Se expresa un cordial agradecimiento a las autoridades del IMSS Bienestar# 39 de Oxcutzcab, Yucatán, México por su invaluable apoyo a esta investigación.

REFERENCIAS

- Abbott, S. y Gunnell, C. (2004). *Experiencias de personas mayores en el cuidado de la diabetes*. *J Diabetes Nurs.*, 8, 182-84. <https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/jdn8-5-182-4-1.pdf>
- Bidinotto, D., Simonetti, J. y Mangini, S. (2016). *Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, e2756. DOI: 10.1590/1518-8345.0735.2756
- Burke, J.A., Earley, M., Dixon, L.D., Wilke, A. y Puczynski, S. (2006). *Patients with diabetes speak: exploring the implications of patients' perspectives for their diabetes appointments*. *Health Commun.*, 19, 103-114.
- Campo Guinea, N., Portillo, M. (2013). El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa. *An Sist. Sanit. Navar*, 36(3), 489-504. https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n3/14_revisiones.pdf
- Censo de Población y Vivienda. (2010). *INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010*. (inegi.org.mx)
- Datos económicos, demográficos y sociales. Gobierno del estado Yucatán. www.yucatan.gob.mx/estado/datos_datos_municipio.php?id=56
- Díaz, M., Díaz G., Soto A., Campa K., Ulloa R., Medina, Rodríguez, J. y Sánchez, V. (2020). Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sje201e.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. (2018). https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Escolar, A., Córdoba, A., Goicolea, I., Rodríguez, J., Santos, V., Mayoral, E. y Aguilar, M. (2017). *The effect of marital status on social and gender inequalities in diabetes mortality in Andalusia*. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 65(1), 21-29. DOI: 10.1016/j.endinu.2017.10.006

- Gonzales, W. (2015). *Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2*. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4034>
- Grady, P. & Gough, L. (2014). Self-Management: A Comprehensive Approach to *Management of Chronic Conditions*. *Am J Public Health* 104, e 25-e31. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302041
- Gutiérrez, J., Gallegos, A., Guevara, M., Vega, M., Santos, J. y Paz, M. (2016). *Caracterización de las personas con pie diabético*. Monterrey, México. *Revista Enfermería Herediana*, 8(2), 81. DOI: <https://doi.org/10.20453/renh.v8i2.2686>
- Jimenez, M. (2015). *Incidencia de neuropatía diabética con el Test de Michigan en LA UMF 61*. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42188/JimenezVictoriaMiguel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laculé, A. y Valero, L. (2012). Diabetes-related lower-extremity amputation incidence and risk factors: a prospective seven-year study in Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública*. 32, 192-8. DOI: 10.1590/s1020-49892012000900004
- Lagos, H. y Flores, N. (2014). *Funcionalidad familiar y automanejo en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima*. *Cuid Salud*, 1(2), 85-92. DOI: https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111
- Licea, M., Roldós, D., Cobas, R. y Domínguez, E. (2006). *Neuropatía Periférica Al Diagnóstico En DM2*. *Av Diabetol.*; 22(2), 149-156. <http://avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/22-2-7.pdf>
- Lippa, K. y Klein, H. (2008). *Portraits of Patient Cognition: How Patients Understand Diabetes Self-Care*. *Can J Nurs Res*. 40, 80-95.
- Mendoza Catalán, G. (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 15(1) DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>
- Moghtaderi, A., Backshpour, A. y Rashidi, H. (2006). Validation of Michigan neuropathy screening instrument for diabetic peripheral neuropathy. *Clin Neurol Neurosurg*, 108 (5) DOI: 10.1016/j.clineuro.2005.08.003.
- Olin, J.W., Allie, D.E., Belkin, M., Bonow, R.O., Casey, D.E. y Creager, M.A. (2010). *ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS performance measures for adults with peripheral artery disease*. *J Vasc Surg*, 52(6), 1616-1652 DOI: 10.1016/j.jvs.2010.10.065
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Centro de prensa. Diabetes*. Ginebra. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html
- Organización Panamericana de Salud (2011). *Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5080:2011-women-men-face-different-chronic-disease-risks&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Ortiz, C., Niño, M. y Gómez, C. (2009). *Síntomas autonómicos en diabéticos y su asociación con variables socioeconómicas y clínicas*. 34, 111-12. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482009000300004#:~:text=Bihan%20et%20al%20\(37\)%2C,con%20menores%20indicadores%20socioecon%C3%B3micos%20poseen](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482009000300004#:~:text=Bihan%20et%20al%20(37)%2C,con%20menores%20indicadores%20socioecon%C3%B3micos%20poseen)
- Peñarrieta, M., Flores, G., Piñones, S., Reséndiz, E. y Esquintero, L. (2015). Self-management and family support in chronic diseases. *Investigación en salud*, 5(11), 1-7. <http://www.reddeautomanejo.com/assets/artuculo-tampico--2015.pdf>
- Peñarrieta, M., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F. Reséndiz, E. y Chávez, E. (2015). Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener*, 4, 43-55. http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas2.pdf
- Peñarrieta-De Córdova, M., Vergel, S., Lezama-Vigo S, Rivero- Álvarez R, Taipe-Cancho J, Borda-Olivas H. (2013). *El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud*. *Rev. enferm Herediana.*; 6(1):42-49.
- Peñarrieta-de Córdova, M., Flores, B. F., Gutiérrez-Gómez, T., Piñones-Martínez, M. S., Quintero-Valle, L. y Castañeda-Hidalgo, H. (2014). *Self-management in chronic conditions: parthers in health scale instrument validation*. *Nursing Management-UK*, 20(10). DOI: 10.7748/nm2014.02.20.10.32.e1084
- Pérez, M., Godoy, S., Mazzo, A., Nogueira, P., Trevizan, M. y Mendez, I. (2013). Diabetic foot care before and after an educative intervention. *Enfermería Global*, 11. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000100003&lng=en&tlng=es

- Ramírez, M., Anlehu, A. y Rodríguez, A. (2019). *Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2*. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>
- Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M., Rangel, C. y Cabrera, Y. (2017) *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. *Revista Finlay*, 7(2), 1-5. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar, A., Arriola, L. y Larrañaga, I. (2011). *Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2*. La importancia de la diferencia. *Avances en Diabetología*, 78-87.
- Santesmases-Masana, R., González de Paz, L., Real, J., Borràs, A., Sisó A., y Navarro, M. (2017). Alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en atención primaria. *Atención Primaria*, 49(1), 28-34. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.03.003
- Servián, R. (2018). “*Mujeres y Diabetes*”. *Revista Entre Todos*, 83. <https://diabetesmadrid.org/diabetes-y-mujer-etapas-de-la-vida/>
- Shanthi, M. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=A0FC13FD7B034D9C531CCDDE6D2FB198?sequence=1
- Silva, P., Rezende, M., Ferreira, L., Dias, F., Helmo, F. y Silveira, F. (2015). *Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar*. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica3.pdf>
- Simó, C., Hernández, A., Muñoz, D. & González, E. (2015). The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 141-166. DOI: 10.5477/cis/reis.151.141
- Tébar, L. (2017). “¿Cómo afecta la diabetes a la mujer?”. <https://www.efesalud.com/la-diabetes-deteriora-mucho-mas-la-salud-de-las-mujeres-que-de-los-hombres/>