



**Español**

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Percepción de la gente con diabetes sobre la enfermedad y las razones de rehospitalización: estudio descriptivo

Simone Cristina Baggio<sup>1</sup>, Catarina Aparecida Sales<sup>1</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>1</sup>, Aliny Lima Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar como las personas con diabetes rehospitalizadas por el descontrol glicémico perciben la enfermedad y los motivos que desencadenaron la hospitalización. **Método:** Estudio descriptivo de carácter cualitativo, realizado con siete personas con diabetes que fueron hospitalizadas al menos dos veces en un período de 12 meses. Los datos fueron recogidos en 2010, a través de la entrevista semiestructurada y sometidos al análisis de contenido temático.

**Resultados:** Surgieron las categorías: Vivenciando la enfermedad: "no nos dejan hacer nada"; Reconociendo la posibilidad de complicaciones: "Puedes ir perdiendo los órganos, perder todo..."; y Las causas de hospitalización: "cuando me di cuenta ya estaba malo". **Discusión:** La complejidad, limitaciones y los sentimientos que impregnan la vivencia con la enfermedad, así como la deficiencia del conocimiento fueron evidenciados, denunciando la falta de servicios de salud.

**Conclusión:** Los profesionales de la salud necesitan haber distinguido desempeño junto a personas con diabetes, capacitándolas para un autocuidado más eficaz en el control de la enfermedad.

**Descriptor:** Enfermería; Diabetes Mellitus; Conocimiento.

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible relacionada con el sobrepeso y a la inactividad física<sup>(1)</sup>. En Brasil, constituye un serio problema de salud pública, siendo que en 2011 hubo 12,4 millones de personas afectadas y la predicción es que este número alcance 19,6 millones de personas en 2030<sup>(2)</sup>. Además, la figura entre las cuatro principales causas de muerte en el país, siendo la principal causa de ceguera adquirida y está fuertemente asociada con la enfermedad cardíaca coronaria, renales y amputaciones de miembros inferiores<sup>(3)</sup>.

Teniendo en cuenta el creciente número de personas afectadas por la DM2, la complejidad que constituye el proceso de vivir con esta enfermedad y su potencial para desarrollar incapacidades funcionales y la jubilación anticipada, es una preocupación frecuente en los servicios de salud<sup>(4)</sup>.

El diagnóstico de la DM2 está directamente asociada a la necesidad de muchos cambios en la vida de quienes reciben. Las modificaciones están relacionadas con las actividades de la vida cotidiana, pues envuelven la reorganización alimentar y la práctica de actividades físicas; siendo frecuentes también la presencia de sentimientos de angustia, ansiedad y miedo a esta nueva realidad<sup>(5)</sup>.

Desde la aparición de una enfermedad crónica, es necesario que la persona obtenga su conocimiento, desde su etiología, curso, tratamiento, posibles complicaciones y el cuidado necesitado para evitarlos. Este conocimiento implicará en mejor aceptación, manipulación y vivencia con la enfermedad; y también subsidiará la adopción de medidas de autocuidado<sup>(6)</sup>. En consecuencia, en el caso específico de la DM, mejor control metabólico, prevención de las complicaciones agudas y crónicas y mejor calidad de vida<sup>(5)</sup>.

Esto es porque las complicaciones, agudas o crónicas, derivadas de la DM2 se asocian directamente con el estilo de vida de un individuo, de la manera que él experimenta la enfermedad y los significados que la misma tiene en su vida. La preocupación por el control de los niveles de glucosa en sangre es de suma importancia, porque la hiperglucemia persistente culmina en procesos patológicos, que pueden conducir a menudo a hospitalizaciones, incluyendo a las recaídas<sup>(6)</sup>. En este contexto, las enfermeras tienen un papel relevante, que es: desarrollar las habilidades a través de las prácticas educativas a los cuidados personales requeridos por la diabetes, con el fin de promover un estado de usuario sano<sup>(4)</sup>. La enfermera debe educar y concientizar a las personas con diabetes y sus familias sobre la importancia de prácticas diarias que favorecen el control de la DM, llevando a una mejor convivencia con la condición de paciente crónica. De esta manera, es posible al paciente que sea el protagonista de su tratamiento, que, a su vez, se refleja en la reducción de la morbimortalidad por complicaciones<sup>(5)</sup>.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la magnitud de esta enfermedad en nuestro medio y la importancia de las personas enfermas y sus familias estuvieren instrumentalizadas a lidiaren con la enfermedad en su vida cotidiana, identificar lo que el paciente sabe acerca de la enfermedad es el punto clave para el control de los niveles glicémicos. Esto le permite a los profesionales identificar temas importantes a tratar en ayudar a estas personas. Cabe destacar que, aunque este tema ya haya sido examinado en muchos estudios, aún persisten lagunas que se reflejan en el acto de los profesionales, que justifican la realización de este estudio, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento que las personas con diabetes rehospitalizadas por descontrol glicémico tienen sobre la enfermedad y las razones que causó la hospitalización.

## MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, de carácter cualitativo, en un municipio de tamaño mediano en el noroeste de Paraná. Los temas de investigación fueron personas con DM2 que durante un período de 12 meses necesitaron dos o más hospitalizaciones – la estancia en el hospital por más de 24 horas, debido al descontrol glicémico. Este criterio fue utilizado porque creo que estas personas pueden tener problemas para enfrentar la enfermedad.

Para localizar las fuentes del estudio se llevó a cabo una encuesta en tres hospitales del municipio, de todas las hospitalizaciones que ocurrieron en 2008 y 2009, e identificó a los que tenían los códigos E10 (no-insulino-dependiente) y E11 (insulino-dependiente) del Código Internacional de enfermedades (Icd10)<sup>(7)</sup> como el diagnóstico primario.

Durante el período en cuestión fueron identificadas 101 hospitalizaciones con estos códigos. De éstos, 88 se refirió a las personas residentes en el municipio y 13 de ellos habían sido hospitalizados dos o más veces en un lapso de 12 meses, siendo que el mismo relacionadas para ser incluidos en el estudio. Sin embargo, al intentar hacer contacto para invitarlos a participar en el estudio, se encontró que tres de ellos murieron, dos cambiaron su municipio y uno dependía totalmente de cuidados, con significativo comprometimiento cognitivo, que le impedía comunicarse. Todos los contactados aceptaron participar en el estudio, un total de siete sujetos con DM2.

Los datos fueron recolectaron en el período comprendido entre mayo y julio de 2010, en las casas de los participantes, por medio de entrevistas semiestructuradas, previamente programadas. Tuvieron una duración promedio de 30 minutos y se registraron tras el consentimiento. Utilizamos un script semiestructurado

conformado de dos partes, la primera aborda características sociodemográficas y el segundo consta de cinco preguntas que aborda la experiencia con el DM, el conocimiento sobre la enfermedad y las razones que se atribuyen a la necesidad de hospitalización.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y sometidas a análisis de contenido, de modo temático<sup>(8)</sup>. Se trata de un conjunto de técnicas que permiten hacer inferencias a partir del contenido objetivo del discurso obtenido, que consta de tres fases: el pre-análisis, exploración del material y el procesamiento de los datos<sup>(9)</sup>. El pre-análisis es la fase de la organización de los documentos en que ocurrieron la lectura fluctuante, la opción de informes, la formulación de hipótesis, la elección de los índices y la elaboración de indicadores para fundamentar la interpretación. La etapa de exploración del material constituye encontrar grupos y asociaciones para responder a los objetivos del estudio, de los cuales surgió categorías. La fase del tratamiento de los resultados, a su vez, comprender el momento en que se hicieron las inferencias y la interpretación de los resultados encontrados<sup>(9)</sup>.

El desarrollo del estudio llevó a cabo con arreglo a lo establecido por la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud y su proyecto fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en la Investigación Envolviendo los Seres Humanos en la Universidad Estadual de Maringá (parecer n. 670/2009). Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), en dos vías. Para garantizar el anonimato de los encuestados, sus discursos han sido identificados por las letras "D", seguido de un número que indica el orden de las entrevistas y las letras M o F para indicar el sexo masculino o femenino y de un nuevo número concerniente a la edad del participante (Ej.: D5M48).

## RESULTADOS

De las siete personas con diabetes en el estudio, cuatro eran del sexo masculino con la edad entre 47 y 71 años y tres eran mujeres entre las edades de 18 y 36 años. En cuanto a nivel de educación, dos eran analfabetos y los demás tenían de cuatro a 11 años de estudio. Con respecto a la ocupación, tres fueron jubilados, dos no tenían ninguna ocupación, una era niñera y el otro era tractorista.

Con respecto al tiempo de la enfermedad, se constató una variación de dos a 21 años del diagnóstico. Todos eran insulino-dependiente y seis hicieron uso de otros medicamentos para diversos problemas, como los circulatorios (tres individuos); insuficiencia renal crónica, pie diabético, reflujo gastroesofágico (un individuo); y anemia (un individuo). Sólo dos mujeres, con 18 y 22 años, no presentaban otras enfermedades asociadas.

Cabe señalar que en el período de 12 meses estas personas fueron hospitalizadas dos veces debido al descontrol glicémico. Hospitalizaciones por otras causas no fueron investigadas.

*Vivenciando la enfermedad: "no nos dejan hacer nada..."*

Para presentar sus concepciones sobre la diabetes, los participantes mostraron esa referencia de experiencia, es decir, han hecho referencias a las condiciones relacionadas con la manifestación de la enfermedad en su cotidiano y las implicaciones de la misma, marcada por las restricciones y limitaciones.

*[...] enfermedad incontrolable, que daña el organismo... Es una molestia! (D3F18)*

*[...] cosa que complica mucho la vida de las personas. (D6M48)*

*[...] molesta enfermedad que no nos dejan hacer nada. (D4M47)*

Otros hicieron referencia a los aspectos fisiológicos.

*[...] es el azúcar en la sangre. (D2M53)*

Se observa aun también que la evolución de la enfermedad y la aparición de compromisos orgánicos causan que las personas tengan una concepción bastante negativa de la enfermedad.

*[...] una enfermedad que no tiene cura. Puede incluso morir, ¿no es? Y muere sin que la persona vea o sienta. (D6M48)*

Algunos, incluso, llegan a compararla con un cáncer:

*[...] La diabetes es peor que el cáncer... Es una cosa que va a comerte. Ya soy todo perdido por culpa de esta porquería. (D7F36)*

*[...] La diabetes es un cáncer blanco... Es un nuevo cáncer que apareció en la vida de las personas, que maltrata, masacra a las personas... (D2M53)*

En cuanto a la génesis de la enfermedad, algunos reconocen la existencia de factores que pueden contribuir a su desarrollo, resaltando los hereditarios y los relacionados con los hábitos de la vida. Sus manifestaciones se refieren a las representaciones y a los significados que ellos atribuyen a la enfermedad, que a su vez, guarda relaciones con el impacto de las mismas en su vida cotidiana.

*[...] Ella aparece debido a la familia, la herencia... (D5F22)*

*Mi abuelo tiene, mi abuela y la tía también.  
(D3F18)*

*[...] bebía mucho, bebía aguardiente... Allí  
apareció la enfermedad. (D2M53)*

*Yo comía muchos dulces [...]. Después que me  
pasé con los dulces. Entonces me perjudicó.  
(D6M48)*

*[...] la agitación de la vida diaria, estrés, estas  
cosas... Creo que es emocional. (D7F36)*

También se mencionaron problemas fisiológicos, pero en estos casos el paciente parece crear su significado del proceso patológico.

*Páncreas paró de funcionar [...] el páncreas  
secó. (D7F36)*

Finalmente, es preocupante observar que uno de los participantes, aunque con un diagnóstico de DM2 por más de cinco años, aun dice no saber nada acerca de la enfermedad.

*No sé nada de la diabetes [...] yo no entendía  
nada. (D1M71)*

*Reconociendo la posibilidad de complicaciones:  
'Puede ir perdiendo órganos, perder todo...'*

La aparición de algunas condiciones crónicas como la insuficiencia renal con la consiguiente necesidad de hemodiálisis, la debilitación de la agudeza visual, neuropatías, entre otros, son reconocidos por los participantes del estudio como complicaciones de DM2.

*[...] perder los puntos de vista, los riñones...  
Perder los movimientos de los pies... mis pies  
ya están tontos. Puede ir perdiendo órganos,  
perder todo... (D7F36)*

*Puede cegar, pierde un órgano, un riñón...  
Da debilidad, anemia y la impotencia sexual  
también. (D6M48)*

*Puede quedarse ciego y tener que hacer  
aquella hemodialisis, por qué seca el riñón.  
(D3F18)*

En algunos casos, incluso, el conocimiento que tenía sobre las complicaciones de la diabetes, no fue sólo conceptuales, pero se relaciona directamente con sus propias experiencias con la enfermedad.

*[...] Tengo mis pies que yo no siento nada...  
Puede cortar un dedo que no voy sentir.  
(D6M46)*

*Tuvieron seis abortos, una pequeña herida se  
convierte en una cosa horrible, no sana [...]  
Cualquier cosa da una infección brava [...]  
tuve que sacar todos los dientes debido a una  
infección en las encías. (D7F36).*

*Las causas de hospitalización: 'cuando me da  
cuenta ya estaba malo'*

Para investigar los aspectos que fueron instrumentales en la hospitalización, se observa que algunos han referido al aumento de los niveles glicémicos, las manifestaciones clínicas que traicionarán este aumento, pero no mencionan los factores causantes de esta elevación. Sólo un único entrevistado relaciona la hiperglucemia con el cuadro infeccioso.

*En las dos veces que me interné fue por qué  
la diabetes estaba muy alterada. (D6M48)*

*[...] Fui al hospital por qué se subió mucho  
la diabetes... Siento dolor en las piernas,  
malestar, no comía nada y sólo vomitaba*

*directo. Las dos veces que me internado fue lo mismo. (D2M53)*

*Una vez me interné con tos y fiebre de 40 grados y la diabetes había subido, la otra vez estuve con flebitis en la pierna, debido a la infección. La glucosa subió mucho, estaba por encima de 600 y tuve que me internar. (D7F36)*

En los raros casos que fueron mencionados factores que podrían haber provocado la elevación de los niveles glicémico, se observó el descuido, especialmente en relación con la alimentación y también como resultado de la alteración en el estado emocional.

*Es justo me quedar nervioso que ella sube [...] este fuerte dolor que me da que nadie se entera, me pone nervioso, por lo que sube. Como cuando mi madre internó con el inicio de un infarto, mi diabetes ha aumentado mucho. (D5F22)*

*Es por qué no me cuidaba mismo... Comía mucho, porque la diabetes da mucha hambre y todo rato estaba comiendo... es debido a la comida mismo... Cualquier cosa que como ya sube [...] fui un poco rebelde, porque gusto mucho de lanhame, pan, pasta, nuestro... yo me mató por comer. (D3F18)*

Y por último, dos pacientes han afirmado que el descontrol glicémico fue sin causa aparente.

*[...] sucedió naturalmente (D2M53)*

*[...] Cuando me di cuenta ya estaba malo, no hice nada diferente, me quedé mal y tuve que ser hospitalizado a causa de la diabetes... Era de 500... (D1M71)*

## DISCUSIÓN

El tratamiento de individuos con DM2 requiere una gran cantidad de cambios en hábitos de vida. En la práctica asistencial con frecuencia se observa que el impacto de la DM2 tiene sobre la salud de la población y la dificultad que enfrentan los pacientes para implementar cambios en los hábitos de la vida<sup>(10)</sup>.

En todo caso, estar bien orientado sobre la enfermedad, su etiología, complicaciones posibles, el cuidado necesario para evitarlas, no sólo estimula el cambio de comportamiento de los individuos, sino también adoptar prácticas de autocuidado favorece la autonomía, la participación en las decisiones y la adopción de actitudes positivas. El conocimiento permite a los pacientes para ser agentes transformadores del propio y de otros<sup>(5)</sup>.

En los relatos colectados, se observó que el conocimiento sobre la enfermedad y sus causas, a menudo es de manera simples y empírico, demostrando la presencia de lagunas en las directrices ofrecidas por los profesionales. Este hecho también se podría observar en un estudio desarrollado en la ciudad del Porto, Portugal, que demostró que las cuestiones relacionadas con la identidad de la diabetes fue uno de lo más a menudo contemplados por personas con DM<sup>(11)</sup>.

Sin embargo, es importante señalar que el conocimiento acerca de la enfermedad ni siempre garantizada el cambio de comportamiento, porque estas son las condiciones esenciales que son independientes de la voluntad de las personas. En este contexto, se destacan los factores económicos, sociales, culturales y motivación de los individuos y de la comunidad y la implementación de políticas públicas para la promoción de la salud<sup>(12)</sup>.

Las causas para la aparición de la enfermedad, se observa, en los informes que las personas

con diabetes, los 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 apariencia. 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<sup>(13)</sup>.

La manera que la persona con DM2 experimenta la enfermedad está directamente relacionada con los factores económicos, sociales, culturales, motivacionales y los significados que esto da a la enfermedad<sup>(5)</sup>. Se observó en informes que, para algunos participantes, la enfermedad tiene un significado pobre y degradante e incluso comparado con cáncer, acarreando por esto mismo, cambios orgánicos importantes, exponiéndolo al sufrimiento e incluso la rebeldía. Significados tomados como negativos relacionados con la enfermedad que pueden conducir a menos adherencia en la atención necesaria y, en consecuencia, el inicio temprano de las complicaciones<sup>(14)</sup>.

Percepciones sobre una enfermedad nunca son las mismas para diferentes personas, eventos, reacciones naturales y entendimientos para cada caso. Algunas personas logran superar los obstáculos y mantener un buen vivir con la enfermedad, que le permite tener una vida considerada sana y armoniosa. Sin embargo, otros ven la enfermedad como un gran problema, como un peso, no pudiendo desarrollar buena convivencia con la misma<sup>(15)</sup>.

Frente a una situación de enfermedad, el individuo debe desarrollar ciertas habilidades que permitan afrontar los síntomas y las limitaciones que esto puede causar en su vida cotidiana. Por lo tanto, estar informado acerca de la enfermedad

es imprescindible para la persona con DM2, la familia y al cuidador para evitar complicaciones, realiza el cuidado de su condición y mantener el control metabólico<sup>(5,16)</sup>. Cuando la convivencia armoniosa con la enfermedad, su tratamiento y limitaciones necesarias no ocurren, a menudo tiene la aparición de complicaciones que hacen aún más traumáticos el convivio<sup>(13)</sup>.

Las complicaciones asociadas a la DM2 son caracterizados como morosas y limitantes, ya que afectan a varios órganos y sistemas de manera irreversible<sup>(12)</sup>. En el testimonio se puede observar que los participantes, en general, conocerán las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad. Incluso algunos de ellos, como la neuropatía y la dificultad de curación, ya son experimentados por algunos de los informantes.

La conciencia expresada por los pacientes en relación con el daño causado por la enfermedad refuerza la importancia del trabajo como un pilar en el tratamiento de la diabetes y despierta a la necesidad de ser prudentes y dedicada al control de la DM2 con cambios en los hábitos y estilo de vida para el control metabólico<sup>(16)</sup>.

Personas que necesitan atención de emergencia o incluso hospitalización debido al descontrol glicémico, tiene mayor predisposición, aunque temporal, para cambiar los hábitos del estilo de vida que son nocivos para la salud. De hecho, empeoramiento de las situaciones de enfermedad en general promueven cambios en la vida del paciente y contribuyen a una mayor movilización de sus capacidades para enfrentar la condición diabética<sup>(15)</sup>.

La DM2 se destaca como un problema de salud importante, a menudo relacionados con hospitalización y muchas veces tienen que hacer rehospitalizaciones en poco tiempo debido a la falta de adherencia a la atención de la enfermedad, con el posterior desorden metabólico y otras complicaciones<sup>(17)</sup>. Estudio sobre las tasas de mortalidad y morbilidad por la DM señala que

las complicaciones de la enfermedad crónica son la principal causa de muerte entre diabéticos<sup>(4)</sup>.

Las complicaciones, tanto agudas como crónicas, están asociados con las condiciones derivadas de la vida, es decir, como el sujeto detiene el control de los niveles glicémicos de la sangre a través de su tratamiento.

En este contexto, aprender a reconocer los primeros síntomas derivados de cambios en la sangre en los niveles glicémicos es esencial para el paciente, ya que permite actuar pronto para retomar su control, evitando así un empeoramiento del cuadro. En los informes aprehendido, se nota la asociación de hospitalización con el aumento de los niveles glicémicos, acompañada o no de manifestaciones clínicas. La hiperglucemia es el principal factor desencadenante de otras complicaciones de DM2, el desarrollo de macroangiopatías, que afecta a las arterias coronarias de los miembros inferiores y el cerebro, además de las microangiopatías que afectan específicamente a la retina, los glomérulos renales y los nervios periféricos<sup>(17)</sup>.

El aumento de los niveles glicémicos puede atribuirse a varios factores, tales como el alto consumo de alimentos ricos en glucosa, no apropiado uso de antidiabéticos orales, entre otros aspectos emocionales<sup>(17)</sup>. En este estudio, a pesar de informes de hospitalizaciones siempre están asociados con aumentó de los valores glicémicos, éstos no siempre fueron asociados a un agente causal. Sin embargo, en algunos casos, la ausencia de autocuidado relacionadas con errores en la alimentación y los aspectos emocionales fueron catalogados como causas de la hiperglucemia y, en consecuencia, de la hospitalización.

Estudio de individuos diabéticos hospitalizados demostró que uno de los mayores déficits de autocuidado era el nutricional, y la mayor dificultad señalada por los participantes fue de no disminuir la grasa en la dieta, pero más bien

reducir la ingesta de alimentos con azúcar<sup>(18)</sup>. En este mismo sentido, otro estudio demostró que, sin importar el momento del diagnóstico, la persona con diabetes que necesita tener una dieta equilibrada<sup>(10)</sup> y participar en una actividad física constantemente<sup>(11)</sup>.

Además, la investigación sobre la resiliencia realizado con pacientes con diabetes hospitalizados en el servicio de emergencia, demostró que la mayor tasa de admisión de pacientes diabéticos en este sector se produce debido al control glicémico ineficaz asociado con la falta de preparación del paciente y familia al salir del hospital<sup>(16)</sup>. Por lo tanto, el eficiente control de los niveles metabólicos es esencial para el buen vivir con la enfermedad, la prevención de complicaciones y posterior hospitalización<sup>(19)</sup> y también para disminuir los costos en la asistencia de la salud<sup>(20)</sup>.

Por último, otra razón citada por los participantes como desencadenador del aumento de los niveles glicémicos fue la presencia del proceso infeccioso. De hecho, el riesgo infeccioso es eminente marco para el diabético, desde la tensión causada por el contagio se produce en la producción en masa de catecolaminas que inhiben la acción de la insulina. Esto se evidenció en este estudio cuando D7F36 reveló que su DM2 estaba demasiado alto, o sea, con alta concentración de glucosa circulante (superiores a 600 mg/ml), una situación que puede desencadenar otros cambios serios como cetoacidosis diabética, coma Hyperglycemic con serio comprometimiento y riesgo de muerte.

Por lo tanto, para prevenir y/o mitigar las complicaciones derivadas de la DM2, es necesario promover un cambio en el estilo de vida de las personas con diabetes, a través de fomentar la adopción de sanos hábitos alimentarios, ejercicios físicos, control de los niveles glicémicos y presión arterial, la reducción del peso corporal y de los lípidos. Ante esto, es esencial que las



intervenciones dirigidas a personas con diabetes se establecen más allá de la atención clínica e inversión en actividades educativas dirigidas a los cuidados personales como una herramienta de intervención<sup>(8)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que las personas con DM2 participantes tienen un limitado conocimiento acerca de la enfermedad, definiéndola de forma empírica. Los participantes saben de forma general las complicaciones relacionadas a la misma y han demostrado ser conscientes de la complejidad y gravedad de la evolución de la enfermedad.

La insuficiencia de los conocimientos más concretos acerca de la enfermedad, causas y consecuencias pueden ser indicativa de la necesidad de una mayor diligencia de los equipos de salud, principalmente de la enfermera. Por lo tanto, es el profesional que está en mayor contacto con la persona con diabetes, llamándole para la responsabilidad de cuidarse, desarrollando actividades de educación de la salud más eficazmente y didáctica, ser palpable a los individuos.

En la planificación de las acciones de educación para la salud realizadas por la enfermería, es esencial conocer o reconocer la historia diabética de cada individuo, tratando de aprovechar su experiencia y conocimiento sobre el cuidado de la enfermedad crónica, posibilitando cuidados que puedan desarrollarse en forma específica, con el fin de instrumentalizar al individuo en convertirse autónomo en su cuidado a la salud.

A pesar de haber sido recolectados testimonios dignos, es importante destacar el escaso número de participantes del estudio, así como el hecho de recolección de datos se han producido en un solo encuentro, con una visión única y

específica del fenómeno estudiado. Estas son, por lo tanto, las limitaciones de este estudio.

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

## CITAS

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010; 87(1):4-14.
2. Schmidt MI, Duncan BBE, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
3. Pontieri FM, Bachin MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc saúde coletiva.* 2010; 15(1):151-60.
4. Schneider C, Mossmann F, Coletti F, Possas M, DaudMt. Taxa de Mortalidade e Morbidade por Diabetes Mellitus. *Rev bras anal clin.* 2009; 41(4):287-8.
5. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2011 [cited 2012 Oct 05]; 45(4):862-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a10.pdf>
6. Santos AL, Pasqualli R, Marcon SS. Feelings and living experiences of individuals taking part on a support group for control of obesity: an exploratory study. *Online Braz J Nurs [internet].* 2012 [cited 2012 June 20]; 11(1):3-10. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251>
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [Internet]. Décima revisão. [cited

- 2013 June 10]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
8. Torres HC, Santos L. Práticas Educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais de saúde. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(3):576-82.
  9. Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
  10. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Texto & contexto enferm.* 2009; 18(1):124-30.
  11. Grilo C, Sousa MRM, McIntyre T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Rev bras promoç saude.* 2010; 21(4):281-9.
  12. Silva ARV, Zanetti ML, Forti AC, Freitas RWJF, Hissa MN, Damasceno MMC. Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. *Texto & contexto enferm.* 2011; 20(4):782-7.
  13. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev latinoam enfermagem [Internet]*. 2008 [cited 2012 Oct 05]; 16(2): 231-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_10.pdf)
  14. Cardoso MI, Moraes MAM, Pereira JG. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. *Gestão e Saúde.* 2011; 2(1): 277-90.
  15. Tavares BC, Barreto AB, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto & contexto enferm.* 2011; 20(4):751-7.
  16. Ginde AA, Pallin DJ, Camargo CA Jr. Hospitalization and discharge education of emergency department patients with hypoglycemia. *Diabetes Educ.* 2008; 34(4): 683-91.
  17. Ferreira LT, Saviolli IH, Valenti VE, Abreu LC. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arq bras cienc saúde.* 2011; 36(3): 182-8.
  18. Ganzella M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta paul enferm.* 2008; 21(2):351-5.
  19. Araújo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery rev enferm.* 2010; 14 (2): 361-7.
  20. Haddad MCL, Bortoletto MSS, Silva RS. Amputação de membros inferiores de portadores de diabetes Mellitus: análise dos custos da internação em hospital público. *Cienc cuid saúde.* 2010; 9(1):107-13.

---

**Recibido:** 24/10/2012

**Revisado:** 15/05/2013

**Aprobado:** 21/06/2013