

Recibido:

26 de Febrero de
2016

Aprobado:

25 de Mayo de
2016

Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados

Amalia Priscila Peña-Pita*
Beatriz Pérez-Giraldo**

RESUMEN

Objetivo: aplicar la teoría de las relaciones interpersonales de H. Peplau en la atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para mostrar su importancia en la práctica clínica hospitalaria y en la prevención de las complicaciones de las personas con esta enfermedad en el hogar. **Materiales y Métodos:** la experiencia clínica desarrollada se organizó mediante una adaptación de la metodología del marco lógico. La muestra estuvo conformada por cinco pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. Se tuvo en cuenta variables como la relación profesional de enfermería paciente, nivel de conocimiento y capacidad de cuidado. Las técnicas de recolección de información fueron la entrevista semiestructurada, el taller (intervención educativa) y la lista de chequeo. **Resultados:** la aplicación de la teoría de H. Peplau permitió un acercamiento con los pacientes. A partir de éste, se logró un proceso de educación y seguimiento en el cual la mayoría reconoció la importancia de las prácticas preventivas para el manejo de su condición clínica. **Conclusiones:** mediante el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, orientado por la teoría de H Peplau, la (el) enfermera (o) y el paciente identifican las necesidades de cuidado con el fin de atenderlas y generar conductas preventivas para evitar complicaciones por la enfermedad. De esta forma, tanto los pacientes como el profesional de enfermería logran tener un mayor nivel de autonomía.

PALABRAS CLAVE: educación en enfermería, diabetes mellitus tipo 2, relaciones interpersonales, teoría de enfermería***.

* Enfermera.
Magister en
Educación.
Especialista en
Salud Ocupacional.
Docente. Universidad
de los Llanos.
Villavicencio,
Colombia. Correo
electrónico: priscila.
pena@unillanos.
edu.co

** Enfermera.
Magister en
Enfermería. Docente.
Universidad de la
Sabana. Bogotá D.C.,
Colombia. Correo
electrónico: beatriz.
perez@unisabana.
edu.co

*** Descriptores
en Ciencias de la
Salud (DeCS), en la
página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca Virtual en Salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Peña-Pita AP, Pérez-Giraldo B. Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados. *Rev. cienc. cuidad.* 2016; 13(2): 41-57.

Application of the Peplau theory in hospitalized diabetic patients

ABSTRACT

Objective: apply the H. Pelau theory of interpersonal relations in the care of patients with diabetes mellitus type 2, to show its importance in the hospital clinical practice and in the prevention of complications on individuals with this disease at home. **Materials and Methods:** the clinical experience developed was organized through an adaptation of the logical framework methodology. The sample was composed of five hospitalized patients with diabetes mellitus type 2. Variables as the nurse-patient professional relationship, level of knowledge and care ability were taken into consideration. The collection techniques were: semi-structured interview, workshop (educational intervention) and check list. **Results:** the application of the H. Pelau theory allowed an approach with the patients. From this start point, a process of education and monitoring was achieved, wherein most recognized the importance of the preventive practices for the handling of their clinical condition. **Conclusions:** through the strengthening of interpersonal relations, oriented by the H. Pelau theory, the nurse or patient identify the care necessities in order to assist and generate conducts to prevent disease complications from the disease. Therefore, patients and nursing professionals are able to have a higher autonomy level.

KEYWORDS: education, nursing, diabetes mellitus type 2, interpersonal relations, nursing theory.

Aplicação da teoria de Peplau em pacientes com diabetes hospitalizados

RESUMO

Objetivo: aplicar a teoria das relações interpessoais de H. Peplau no atendimento a pacientes com diabetes mellitus tipo 2, para mostrar sua importância na prática clínica do hospital e na prevenção das complicações das pessoas com esta doença no lar. **Materiais e Métodos:** a experiência clínica desenvolvida se organizou através de uma adaptação da metodologia do marco lógico. A amostra esteve conformada por cinco pacientes hospitalizados com diabetes mellitus tipo 2. Teve-se em conta variáveis como a relação profissional de enfermagem - paciente, nível de conhecimento e capacidade de cuidado. As técnicas de coleta de informação foram: uma entrevista semiestruturada, um workshop (intervenção educativa) e uma lista de verificação. **Resultados:** a aplicação da teoria de H. Peplau permitiu uma aproximação com os pacientes. A partir disto, foi alcançado um processo de educação e acompanhamento, em que a maioria reconheceu a importância das práticas preventivas para o manejo de sua condição clínica. **Conclusões:** através do fortalecimento das relações interpessoais orientado pela teoria de H. Peplau, a (o) enfermeira (o) e o paciente identificam as necessidades de cuidado com o fim de atendê-las e gerar condutas preventivas para evitar complicações pela enfermidade. Desta forma, ambos os pacientes e os profissionais de enfermagem podem alcançar maior nível de autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: educação em enfermagem, diabetes mellitus tipo 2, relações interpessoais, teoria de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El mundo actual se mueve alrededor de la tecnología, la competitividad, con cambios drásticos relacionados con el medio ambiente, el sedentarismo y el stress, entre otros, que exigen ajustes en el estilo de vida: una dieta saludable, realizar actividad física, mantener un peso adecuado para contribuir a disminuir la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones, dentro de las cuales se contempla la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la DM2 ocupa el tercer lugar de las enfermedades más importantes en Salud Pública en el mundo. Esta enfermedad se caracteriza por la insuficiente producción de insulina en el páncreas o por una inadecuada utilización de la misma. Sin el adecuado control, la DM2 produce alteraciones severas de múltiples órganos y sistemas, incluyendo los nervios y los vasos sanguíneos (2).

De acuerdo con la Federación Internacional de la Diabetes, la prevalencia global de la DM2 para el año 2013 estuvo en 8.3 % y se calcula que, para el año 2035, aumentará al 10.1 %. Con esta cifra, se reportarán tres casos nuevos cada diez segundos, es decir, 10 millones de persona por cada año (2).

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2007 la diabetes afectó a 180 millones de personas en el mundo, situación que ha incrementado el ausentismo laboral. Para el Plan Mundial de la Diabetes 2011-2021, dicha enfermedad, por las complicaciones que acarrea, impide trabajar y lleva a la pobreza, además de generar pérdidas en horas de trabajo, impacto negativo en la productividad laboral y disminución en el nivel de responsabilidad en el trabajo (3).

Este problema se considera un reto para la salud y la intervención del profesional de enfermería, en aras de orientar a la persona sobre el cuidado, dado que la mayoría de quienes padecen diabetes lo pueden proporcionar en más del 90 %, pero es necesario que el profesional de enfermería, mediante la interrelación (profesional de enfermería-paciente), realice su intervención a través de la educación en salud y contribuya en su tratamiento.

En el paciente con DM2 la pérdida de productividad (4) tiene un impacto no solamente en quien lo padece,

sino también en la familia y en la sociedad, puesto que se requiere de esfuerzo y sacrificio, además de otros costos que son inmedibles como los emocionales, la pérdida de la libertad, los cambios en los estilos de vida, la discapacidad y, por ende, la dependencia permanente de otros: familiares y profesionales, entre otros (5-6).

Entre los años 2001 y 2010, en Alemania, se incrementaron los costos médicos y los cuidados de enfermería disminuyeron en 4,8 % (7). De igual forma, los gastos de atención en paciente con DM2 aumentan con la progresividad de las complicaciones (8), donde un programa de educación en pacientes con DM2 disminuye los días con síntomas de alteración de la glucemia, disminuye costos tanto de las personas con la enfermedad como de la familia y del mismo sistema de salud (4, 9).

Según la Sociedad Colombiana de Diabetes (2), para el año 2014 la prevalencia de la DM2 en Colombia se aproximó a 7,4 % en hombres y llegó a un 8,7 % en mujeres. Se calcula que para el año 2030 el número de personas con diabetes aumentará en un 148 %.

Según el Ministerio de Salud de Colombia, el incremento proporcional de la mortalidad por diabetes en el año 2010 fue de 6.859 personas, de las cuales 2.880 eran hombres y 3.979 mujeres, representando el 3,4 % de la mortalidad total nacional, ubicándose entre las diez primeras causas de muerte en Colombia y presentándose, en mayor proporción, en la zona central del país (10).

Por otro lado, “de acuerdo con datos de la Federación Diabetológica Colombiana, entre el 2008 y el 2010, el número de enfermos con DM2 aumentó en un 71 % en el Departamento del Meta, lo que ubica a esta región con una de las más altas tasas de la enfermedad” (11).

Respecto a las complicaciones se describen cuatro categorías que representan las oportunidades de cuidado por parte del profesional de enfermería. Estas incluyen educación, promoción, construcción y relación, donde cada una de ellas describe las intenciones y acciones de enfermería y, en conjunto, forman una estructura esencial en el desarrollo del cuidado (12).

Es así que educar para el empoderamiento de manera eficaz y oportuna en el cuidado puede ayudar a los

personas a lidiar con las complicaciones, lo cual se hace a través de la relación enfermera-paciente, siendo ésta la primera intervención de cuidado que brinda la enfermera y se le debe dar la importancia que tiene.

Es necesario mencionar que las buenas prácticas clínicas deben ser el resultado final del cuidado del profesional de enfermería, dado que muestran la calidad de la atención (13-14). En todo momento de cuidado a las personas sobrevienen cambios constantes en las condiciones, no sólo clínicas sino psicológicas y sociales, además de cambios generados en el personal de enfermería debido al mismo proceso de atención, tales como el uso de tecnologías y equipos, que conllevan a dar poca importancia a la relación enfermero-paciente (15).

Para H. Peplau, todo acto de cuidado es, de manera inevitable, una relación humana con la persona que manifiesta necesidades de atención en salud, una actividad en donde el profesional de enfermería debe reconocer y actuar en respuesta a este, identificado de forma oportuna y eficaz, para lo que se requiere interés, esfuerzo y comprensión de la naturaleza del problema (16).

Además, se debe tener en cuenta que la DM2 es una enfermedad crónica progresiva que produce, a lo largo del tiempo, deterioro en el estado de salud y complicaciones severas en otros sistemas y funciones del cuerpo, afecciones que se acentúan especialmente cuando las personas no se adhieren a los tratamientos o cuando es imposible para ellos entender que deben cambiar radicalmente sus estilos de vida, especialmente en lo que se refiere a la alimentación, la actividad física y el sometimiento a un tratamiento farmacológico.

La tarea de enfermería debe estar enfocada a trabajar en el cuidado orientado a fortalecer modelos de atención para mejorar la interacción profesional de enfermería-paciente y así contribuir con el cuidado de las personas que padecen la enfermedad, soportado por las teorías de enfermería (17). Para la enfermería, cuyo paradigma es el cuidado de la experiencia de la salud humana, los problemas de la cotidianidad de las personas que viven con la DM2 son prioritarios, al igual que la prevención de las complicaciones que esta condición pueda generar a las personas.

Teniendo en cuenta la creciente incidencia de DM2 en la población y para contribuir con el cuidado de estas personas, es importante el uso de las teorías de enfermería en los diferentes fenómenos de la práctica, ya que, mediante ellas, el cuidado va direccionado al paciente, a la familia, a los grupos o a la sociedad, donde el propósito del profesional de enfermería es el cuidado de manera integral al individuo (18).

Además, la teoría de enfermería identifica el surgimiento del problema de cuidado y expone acerca de la intervención que debe realizar el profesional en este campo (18). La teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau ratifica la importancia del cuidado, puesto que tuvo en cuenta las doctrinas de la ciencia conductual, desde las cuales formuló un modelo psicológico que permite al profesional de enfermería separarse de la patología y ver la importancia de los hechos, sentimientos y conductas en la intervención (19).

El disponer de las fases de orientación, identificación, explotación y resolución, de acuerdo con su teoría, permite al profesional de enfermería formar un esquema mental que lleva a la práctica en el cuidado y le ofrece un orden y una conciencia al proporcionarlo, en este caso, a una persona con DM2. Es decir, mediante la interacción profesional enfermería – paciente se reconoce el problema del cuidado y se identifica cómo manejarlo y que tipo de apoyo puede requerirse.

En la teoría de H. Peplau las fases comprenden: la primera, denominada de orientación, que inicia con el encuentro entre el profesional de enfermería y el paciente, en donde se comprende el papel y las expectativas de cada uno en la relación (20). En la segunda fase, el paciente comienza a identificarse con el profesional de enfermería, es decir, se produce el encuentro profesional de enfermería-paciente y se reconoce el problema (20).

En la tercera fase, de explotación, el paciente hace pleno uso de los servicios de enfermería y, en la cuarta, de resolución, se termina con la relación mutua y se implementan los planes. Esta última fase incluye planificación de fuentes alternas de apoyo, prevención de problemas e integración de las experiencias de cuidado en medio de la condición de enfermedad por parte del paciente (20).

De esta manera, el cuidado de enfermería debe ser integral y basarse en una buena relación interpersonal, teniendo en cuenta aspectos como la dignidad, la identificación de necesidades sentidas por el individuo y no centrarse en el manejo de una enfermedad. Este esquema de interacción personal responde a las nuevas tendencias en el cuidado de enfermería, que no solamente imponen diferentes roles en la práctica profesional sino que, además, enfrentan diversos dilemas y conflictos éticos que exigen conocimiento en principios y valores para el análisis y la orientación de las diferentes situaciones de la práctica, desplegando allí los conocimientos de ética y bioética de la enfermería, para satisfacer necesidades en búsqueda de bienestar (21).

Tal como se señaló, en la práctica clínica es importante el cuidado de las personas con DM2 para disminuir el avance de las complicaciones con diversos cambios que van apareciendo silenciosamente y que día a día son más frecuentes (22). En tal sentido, la intervención de enfermería, mediante la gestión del cuidado en el área hospitalaria de manera continua y basada en una teoría como la de H. Peplau, permite al profesional de enfermería centrarse en ayudar a la persona en medio de esta experiencia, para mejorar la salud y el bienestar (23).

A través de la teoría de H. Peplau se hace posible direccionar el cuidado para apoyar a la persona con DM2, teniendo en cuenta la relación profesional de enfermería-paciente para mejorar el entendimiento del propio cuidado, la calidad de vida en medio de la condición de enfermedad y hacer más visible la importancia de la intervención de la enfermera (24). Este cuidado, a su vez, debe repercutir en disminuir los reingresos hospitalarios y las posibles complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente proyecto de gestión se realizó mediante la estrategia metodológica del marco lógico adaptado, que permitió, a partir del problema de la práctica del cuidado de enfermería y con el soporte de la teoría de Peplau de las relaciones interpersonales, crear el árbol de problemas con el cual, una vez determinado el fenómeno presentado en el paciente con diabetes, se establecen las causas y los efectos.

Las causas permitieron fijar los objetivos específicos y

los efectos guiaron las actividades a realizar por parte del profesional de enfermería. Simultáneamente, se diseñó un plan de acción para el cumplimiento de cada uno de los objetivos, estableciéndose los indicadores de gestión, los indicadores empíricos, los medios de verificación y los recursos necesarios para cumplir con la propuesta. Luego, se diseñó el plan de desarrollo de actividades. Esta metodología permitió realizar el análisis de resultados, las conclusiones y las recomendaciones

La muestra fue seleccionada por conveniencia; se trabajó con cinco pacientes hospitalizados con diagnóstico de DM2, en una institución prestadora de salud (IPS) de tercer nivel de atención, del municipio de Villavicencio. Los criterios de inclusión fueron: paciente hombre o mujer mayor de edad, hospitalizado como mínimo cinco días y que no presentara problemas de audición, comunicación ni mentales.

Los instrumentos utilizados fueron: a) una entrevista semiestructurada denominada Lo que debo conocer para prevenir las complicaciones de la Diabetes y así contribuir en mi bienestar y cuidado en casa, integrada por catorce ítems, para identificar, mediante la relación profesional de enfermería-paciente, las necesidades de prevención de la enfermedad y apoyar en el proceso de cuidado; b) una intervención educativa (taller), mediante una cartilla que informó a los pacientes sobre aspectos importantes en el manejo y control de la DM2, y c) una lista de chequeo denominada Los cuidados que aprendí para prevenir las complicaciones de mi enfermedad, que incluyó quince ítems, para reconocer el aprendizaje de los participantes al final de la intervención.

La entrevista semiestructurada se valoró teniendo en cuenta cada una de las respuestas dadas por los participantes, las cuales se agruparon para realizar un análisis general de cada ítem. La lista de chequeo se valoró en porcentaje, teniendo en cuenta la respuesta de cada participante con orientación positiva (sí) o negativa (no) y se sumó para determinar el mayor porcentaje entre éstas.

Los instrumentos fueron validados mediante prueba piloto aplicada a tres personas con diagnóstico de DM2 en otra IPS del mismo nivel de atención y, una vez aplicados, se hicieron los ajustes correspondientes a dos ítems de la entrevista semiestructurada que no

eran comprensibles para los participantes; además, a la lista de chequeo se le ajustó una pregunta que no estaba clara.

Para el desarrollo de la intervención a través de la teoría de H. Peplau se determinaron las fases del marco lógico, donde primero se determinó una analogía con un árbol cuyo tronco corresponde al fenómeno de la práctica, las causas salen de las raíces y los efectos son las hojas (25-26).

Las causas que se identificaron acerca del requerimiento en la prevención de las complicaciones de las personas hospitalizadas con DM2 fueron: reconocer que los pacientes experimenten una necesidad sentida y requieran del cuidado del profesional de enfermería, permitir que los pacientes se identificaran con el profesional de enfermería para apoyarlos en la necesidad de cuidado y sobrellevar la enfermedad y permitir que, durante la relación (profesional de enfermería-paciente), se facilitara a los pacientes ser partícipes de su cuidado. A su vez, se diseñó un plan de acción con los respectivos recursos necesarios para cumplir con la propuesta para, finalmente, mostrar el análisis de resultados y conclusiones.

Para medir el fenómeno, estudiando cada una de las fases propuestas por H. Peplau, se emplearon indicadores empíricos (27) dentro de los cuales se incluyeron la entrevista semiestructurada para el cumplimiento de las fases de orientación e identificación, la intervención educativa (taller) para la fase de explotación y la lista de chequeo para la fase de resolución.

En cuanto al procedimiento, el primer día se abordó al paciente, mediante la entrevista semiestructurada, y se reconoció la necesidad que tenía acerca de la enfermedad. El segundo día se realizó la intervención educativa de manera individual, teniendo en cuenta el resultado anterior, para hacer énfasis según necesidad de cada participante. El tercer día se aplicó la lista de chequeo para establecer qué estrategias de prevención reconocía el paciente después de la intervención para contribuir en el cuidado.

Para desarrollar este proyecto de gestión se tuvo en cuenta el código de Nuremberg de 1947 (28), el cual hace referencia al consentimiento voluntario por parte de la persona que participa en el estudio, quien debe

tener capacidad legal para firmar el consentimiento sin influencia de otros, previa explicación clara de la naturaleza, propósito y método de la actividad en la que va a participar, además de los riesgos que se pueden presentar y los efectos sobre la salud o persona.

Se solicitó autorización y participación de la institución prestadora de servicios de salud, mediante un oficio. Se invitó a participar a personas hospitalizadas con diagnóstico confirmado de DM2, quienes aceptaron y firmaron el consentimiento informado, teniendo en cuenta los criterios de inclusión (personas mayores de 18 años, sin alteraciones mentales). El estudio no realizó manipulación de variables y se acogió a lo establecido en la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (29).

OBJETIVOS

Objetivo general

Aplicar una intervención educativa mediante la relación profesional de enfermería - paciente orientada hacia la prevención de las complicaciones de la DM2 en el hogar, a través de la implementación de la teoría de H. Peplau.

Objetivos específicos

- Permitir que el paciente manifieste la necesidad de cuidado de la prevención de las complicaciones de la DM2 y busque el cuidado del profesional de enfermería para determinar el tipo de ayuda que necesita (fase orientación)
- Reconocer la identificación del profesional de enfermería con el paciente, para apoyarlo en el proceso de cuidado de las complicaciones de la DM2, de manera que satisfaga sus necesidades y así sobre llevar la enfermedad (fase identificación)
- Permitir que el paciente reconozca las estrategias de prevención de las complicaciones de la DM2 para el alcance de nuevos objetivos y sentirse cómodo y participe (fase explotación).
- Permitir que el paciente logre un progreso

en la prevención de las complicaciones de la DM2 y lleve a cabo el objetivo de cierre y propuestas (fase resolución).

RESULTADOS

El proyecto se realizó durante los meses de septiembre y octubre de 2015 y no se presentaron limitaciones al momento de recolectar la información y realizar las actividades.

Entrevistas semiestructuradas

Los participantes, todos hombres y con un promedio en edad de 50 años, contaban con un tiempo aproximado de 7 años de haber sido diagnosticados con DM2. De

ellos, el 40 % tenía escolaridad primaria completa y el 60 % bachillerato incompleto, con estrato socioeconómico de 1 y 2 sobre 6 posibles (siendo 6 el mayor); el 40 % era casado y el porcentaje restante, separado. En cuanto a la ocupación, se estableció que estos individuos se desempeñaban en diferentes labores básicas como jornalero, ventas ambulantes, construcción y conducción.

Con base en la información obtenida de la entrevista semiestructurada aplicada a los pacientes hospitalizados, se realizó un resumen y posterior análisis de los aspectos relevantes, como se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis general de cada pregunta de la entrevista semiestructurada aplicada a la muestra.

Pregunta Entrevista	Análisis General
Se siente cómodo para participar en el proyecto	Todos los participantes se sintieron cómodos (30) en participar en el proyecto de gestión autorizado mediante el consentimiento informado.
¿Al estar hospitalizado identifica la enfermera que lo apoya en el cuidado?	El paciente hospitalizado con DM2 identifica claramente la enfermera que le brinda cuidado, es donde se inicia la relación enfermera paciente mediante la fase de orientación, en la cual la enfermera reconoce el problema del paciente y determina cómo le ayudará (20).
Describa ¿cómo experimenta la etapa de su enfermedad?	Los pacientes experimentan esta etapa de su vida como una enfermedad que les produce síntomas como mareo, desaliento, aumento en las horas de sueño; además, expresan sentimientos de preocupación por la responsabilidad en el trabajo (3) y el hogar, por lo que no saben qué hacer, porque es una enfermedad para toda la vida, hereditaria y que no los dejar trabajar bien.
Describa cómo es un día normal para Usted	Los pacientes que participaron en el proyecto se desempeñan en diferentes oficios como en el campo, vendedores de dulces y café, conductores de taxi y en construcción, pero, a raíz de su enfermedad, las horas laborales diarias han disminuido.
¿Qué comportamientos de cuidado le ha generado desde que está enfermo?	Fueron pocos los comportamientos de cuidado (31) que los pacientes cambiaron para contribuir con la salud al conocer de su enfermedad; continuaron consumiendo los mismos alimentos, sólo hacen referencia a suministrarse los medicamentos y no exponerse a sufrir heridas y de no consumir alimentos altos en azúcar.
Describa ¿qué ha cambiado en su vida después el diagnóstico de DM2?	Los pacientes, después del diagnóstico, se han sentido tristes, solos, sin ayuda (32), que han sido abandonados, además de sentir debilidad, mareo, no saber qué clase de alimentos deben consumir y no saber qué hacer.
Describa ¿qué es la DM2 para Usted?	Los paciente no tienen un concepto claro de la definición de la DM2 (33); sólo una persona definió que es azúcar en el cuerpo, los demás dieron conceptos no acertados.
Describa ¿qué conoce de la prevención de las complicaciones de la DM2?	Los pacientes no reconocen la formas de prevención de las complicaciones de la DM2, ya que sólo reconocen el de no comer mucho dulce; lo demás son afirmaciones no acertadas
¿Qué sabe acerca de las complicaciones de la DM2?	Los pacientes, en general, no reconocen las complicaciones de la DM2 (34) y refieren algunos conceptos muy generales como “tomarse la droga con juicio y cuidarse los pies”
¿Ha recibido orientación acerca de las complicaciones de la DM2?	Se evidencia que los pacientes manifiestan no haber recibido alguna orientación (35) acerca de la DM2. Sólo uno de ellos recibió alguna indicación acerca del tema, pero no le dio importancia.
Describa qué hace para contribuir en su cuidado	Los pacientes entrevistados tienen un autocuidado bajo (36), no contribuyen en algún cuidado para su salud, ya que hacen referencia a algunos aspectos de cuidado que no son claros ni específicos, simplemente enuncian aspectos sueltos como no comer con sal, tomar mucha agua, cuidarse los pies y comer bajo de dulce.
¿A dónde acude cuando se enferma?	Todos los pacientes, al enfermarse, consultan a la IPS más cercana
Fuera de su enfermedad, ¿qué nos quiere expresar?	Los pacientes, fuera de la enfermedad que padecen, expresan sentimientos de tristeza por la situación en que se encuentran y la falta de recursos económicos (37), preocupación por su propio cuidado y soledad por la falta de apoyo familiar (32).
¿Tiene alguna necesidad de salud (dificultad) con respecto al cuidado?	En general, todos los pacientes manifestaron necesidades de cuidado en diferentes aspectos de la DM2 como son el manejo de los medicamentos, causas de la diabetes, dieta (38) y definición de la enfermedad.
¿Conoce cómo se debe cuidar, una vez regrese a casa, en la prevención de las complicaciones?	Los pacientes manifiestan no conocer (39) cómo cuidarse en la prevención de las complicaciones una vez regresen a casa y algunos dicen “No conozco, porque no me han dicho nada”.

Fuente: Entrevista Semiestructurada: Lo que debo conocer para prevenir las complicaciones de la Diabetes y así contribuir en mi bienestar y cuidado en casa, 2015.

Intervención educativa taller: ¿Cómo cuidarme en casa para prevenir las complicaciones de mi enfermedad?

El taller se realizó con base en los resultados de la entrevista semiestructurada, enfatizando en los

aspectos en que los participantes tenían menor conocimiento, tales como: describir qué es la DM2, la prevención de las complicaciones de la DM2, acciones a realizar para contribuir en su propio cuidado y, en especial, qué hacer una vez regrese a casa para prevenir las complicaciones.

Durante el desarrollo de la actividad, los participantes mostraron interés por el aprendizaje y señalaron que, después de la intervención educativa, lograron cambios positivos respecto al propio cuidado. Este hallazgo refleja que el paciente diabético, además de favorecer el aprendizaje, puede modificar su conducta (40). De igual forma, se hizo énfasis en algunos aspectos característicos de las personas con DM2: la dieta, el ejercicio, la medicación (37) y el monitoreo de glucosa, aspectos en donde la interacción profesional de enfermería - paciente resulta definitiva.

Al terminar el taller se aclararon inquietudes y se entregó el material utilizado, en forma de cartilla sencilla, para que, a pesar de la baja formación

educativa, este material fuera útil para reforzar lo aprendido. Los participantes enfatizaron en la importancia de contar con un material de refuerzo para emplear al regresar al hogar.

Una vez resueltas las inquietudes, se explicó a los participantes la tercera actividad, en la cual se utilizó una lista de chequeo para reconocer el nivel de aprendizaje de cada participante en el taller.

De acuerdo con la información obtenida de la lista de chequeo, aplicada a los pacientes hospitalizados, se obtuvo el análisis de forma cuantitativa que se puede apreciar en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados de la aplicación de la lista de chequeo.

Respuesta de la persona hospitalizada con DM2	%
1. Define claramente qué es la DM2	100 %
2. Describe cómo le puede afectar la DM2 a otros órganos del cuerpo	100 %
3. Describe qué puede hacer para cuidarse de la DM2	100 %
4. Describe cómo se controla la DM2	100 %
5. Describe lo que significa comer saludablemente	80 %
6. Describe cómo va a distribuir los alimentos en el plato, acorde con el aporte nutricional	60 %
7. Reconoce la cantidad de comida necesaria, teniendo en cuenta el tamaño de sus manos	80 %
8. Describe la importancia del ejercicio para el control de su enfermedad	40 %
9 Describe la adecuada toma y administración de medicamentos para el control de la glicemia	60 %
10. Describe la forma de almacenamiento de la insulina.	40 %
11. La técnica adecuada en la aplicación de insulina (técnica del pellizco)	100 %
12. Enuncia las zonas de aplicación de la insulina	100 %
13. Describe acerca del cuidado de los pies	100 %
14. Propone nuevos objetivos para su cuidado	100 %
15. Reconoce la importancia de los controles de enfermería	100 %

Fuente: Lista de Chequeo: Los cuidados que aprendí para prevenir las complicaciones de mi enfermedad, 2015.

El análisis de la lista de chequeo se realizó de forma cuantitativa, teniendo en cuenta la respuesta si conocía o no conocía cada aspecto referente a la intervención educativa. La lista de chequeo confirmó el resultado positivo de la intervención educativa. 11 de las 15 preguntas presentaron un puntaje superior al 80 % y en 4 preguntas un porcentaje inferior al 60 %. Para interpretar estos resultados es importante señalar que resultados superiores al 70 % se consideran positivos.

DISCUSIÓN

Los resultados sociodemográficos coinciden con otros estudios como los de Pérez et al. (40), Romero et al. (41) y Ávila et al. (42), en los cuales el promedio fue de 52 años, mientras que en el presente trabajo el promedio de edad fue de 50 años. El nivel escolaridad fue de bachillerato incompleto (40), en lo referente al estrato, en otro estudio (41) se encontró que el 42 % pertenecía al estrato 1 y, con respecto al estado civil, el 75 % era casado (42).

A través de los indicadores empíricos utilizados se logró evidenciar diferentes aspectos del cuidado basado en la interacción del profesional de enfermería-paciente, entre los que se destacan: que el paciente reconociera la necesidad de cuidado para la prevención de las complicaciones por la DM2 y buscara el cuidado de acuerdo con el tipo de ayuda necesaria; se logró la identificación de la profesional de enfermería con el paciente para apoyarlo en el proceso de cuidado de las complicaciones de la DM2, lo que permitió que el paciente reconociera las estrategias de prevención, sintiéndose cómodo y participante en el logro de mayor autonomía en su cuidado.

Peplau hace referencia a los seis roles de enfermería que representan las funciones específicas que tiene el profesional de enfermería para ayudar al paciente en la relación y que están inmersos en las fases de la teoría (20):

1. Rol de extraño: al inicio, el profesional de enfermería y el paciente no se conocen pero el primero acepta y reconoce como persona al segundo, con capacidad emocional normal mientras no se demuestre lo contrario. Este rol está relacionado con la fase de orientación, puesto que no se conocen pero el paciente con DM2 tiene una necesidad, la cual es identificada por la profesional de enfermería (20).
2. Rol de suministradora de recursos: el profesional de enfermería debe explicar claramente al paciente, con un lenguaje claro, cómo se va proporcionar el tratamiento (20). Se relaciona con la etapa de identificación, ya que la profesional de enfermería enseña y reorienta al paciente con DM2 acerca de la enfermedad, para satisfacer su necesidad de cuidado.
3. Rol de educadora: en este rol se “incluyen todos los roles, se parte desde lo que conoce el paciente y en función de su interés y capacidad para usar la información”. Este rol está relacionado con la fase de explotación, ya que el paciente con DM2 retoma todo lo que le enseña la enfermera (20).
4. Rol de líder: mediante una relación de cooperación, el profesional de enfermería

apoya al paciente de manera activa en el cumplimiento de tareas de cuidado (20). Se relaciona con la fase de resolución, puesto que se logra que el paciente con DM2 asuma independiente su cuidado.

5. Rol de sustituta: el paciente ve en el profesional de enfermería a otra persona que le genera sentimientos positivos, sin embargo, este profesional debe hacer ver al paciente la diferencia entre la persona que recuerda y su rol como profesional (20). Se relaciona con la fase de explotación, donde el paciente con DM2 identifica al profesional de enfermería que le ayuda a resolver su necesidad de cuidado, siendo este el único vínculo.
6. Rol de consejera: el profesional de enfermería debe hacer reconocer al paciente lo que le sucede actualmente, para que relacione esta experiencia con otras y no se disocie (20). Este rol se relaciona con la fase de resolución, donde el paciente con DM2 retoma lo necesario para resolver la necesidad de cuidado y se traza nuevos objetivos.

La aplicación de la teoría de las relaciones interpersonales propuesta por Peplau direccionó la práctica mediante una intervención educativa y ofreció herramientas al paciente para proporcionar su propio cuidado, teniendo en cuenta las necesidades generadas desde la hospitalización (43). Además, generó cambios positivos respecto a su cuidado y favoreció el aprendizaje y cambio de conducta (40).

Del mismo modo, se mostró la manera en que el profesional de enfermería, al utilizar diferentes indicadores empíricos y mediante un soporte teórico, identificó necesidades de cuidado tales como el experimentar una necesidad sentida y el identificar la necesidad de apoyo que requiere el paciente. El fortalecimiento de la relación profesional de enfermería – paciente permitió comprender mejor la experiencia de tener DM2 y así lograr resultados positivos de la intervención educativa para contribuir en el cuidado y fortalecer los estilos de vida saludables (40).

El referente teórico de Peplau, quien describe a las personas que viven en un equilibrio que se rompe por

procesos de enfermedad, permite comprender cómo la relación interpersonal profesional de enfermería-paciente se desarrolla con el fin de mejorar la salud, tener mejor bienestar y dar atención a la persona que presenta una condición de enfermedad en medio de un ambiente hospitalario. La concepción de salud como el término que “implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria” (19) es parte de la orientación de este proceso.

Desde el punto de vista de las fases propuestas por H. Peplau y los objetivos para el cumplimiento de las fases de orientación e identificación, los resultados de la entrevista semiestructurada evidencian, de forma clara, que en la fase de orientación el paciente tiene una necesidad sentida de cuidado acerca de la enfermedad que padece y busca la ayuda del profesional, quien entiende su situación y determina la forma de apoyarlo en su necesidad (19).

En la fase de identificación se estableció la relación profesional de enfermería-paciente, mediante la entrevista, donde el profesional permite la exploración de sentimientos para ayudar al paciente en torno a su enfermedad. Se destaca aquí la importancia de que la persona se sienta cómoda para participar, como lo expresan Tamra et al. (30).

Además, estos autores manifiestan que es necesario crear un ambiente de confianza para que los clientes puedan explorar, en profundidad, cómo un fenómeno de la práctica afecta la vida (30). Por su parte, Freitas et al. (44) afirman que la empatía y entorno favorable entre el cliente y el profesional de enfermería (relación enfermera- paciente) se logra cumplir con las cuatro etapas propuestas por H. Peplau.

Aunque las relaciones tienen riesgo de deteriorarse por razones como el mismo sistema de salud, la excesiva carga de trabajo, la preocupación por el desarrollo de técnicas, la asignación de otras actividades al profesional de enfermería -que acortan la atención directa- y el desarrollo tecnológico que, aunque es benéfico para los pacientes, se puede convertir en una barrera para las buenas relaciones interpersonales (45).

En el cumplimiento de la fase de explotación, el taller realizado evidenció que, gracias a la relación, el paciente adquiere todo lo que se le ofrece y proyecta nuevos objetivos (19).

En esta experiencia de cuidado se evidencian cuatro categorías que representan oportunidades por parte del profesional de enfermería, las cuales incluyen educación, promoción, construcción y relación. Cada categoría describe las intenciones y acciones de enfermería y, en conjunto, forman una estructura esencial para el desarrollo del cuidado (46). Además de educar para el empoderamiento de manera eficaz y oportuna, el aprovechamiento de estas oportunidades puede ayudar a los pacientes a evitar o manejar complicaciones propias de la DM2.

Del mismo modo, la intervención educativa desarrollada comprende oportunidades de aprendizaje que implican, de alguna forma, una comunicación diseñada para mejorar el desarrollo de habilidades para la vida que favorezcan la salud de las personas (47, 48, 49), todo apoyado mediante la relación profesional de enfermería-paciente.

Cabe resaltar que la mayor parte los pacientes hospitalizados permanecen bajo el acompañamiento del personal de enfermería (50) y, por ello, es importante aprovechar estos momentos para cuidar a través de las relaciones interpersonales. Además, es importante ofrecer al paciente un entorno favorable como lo es un clima cálido y relajado, propiciar un ambiente de respeto, dignidad y confianza y ofrecer disposición de ayuda. Resulta importante, entonces, que el profesional de enfermería reconozca que la práctica del ejercicio profesional es una fuente educativa en la que existen habilidades como el contacto visual, la postura erguida que expresa autoconfianza, adicional a la expresión facial relajada y sonriente que favorece la relación interpersonal con fines terapéuticos (51).

Del mismo modo, es necesario tener en cuenta que las teorías de enfermería no están separadas de la práctica, puesto que dan apoyo para mejorar la relación profesional de enfermería – paciente, sobrepasando la tecnología, la sobrecarga laboral e, incluso, el desarrollo de técnicas y procedimientos. En algunas ocasiones el contacto con el paciente hospitalizado se reduce a las afecciones físicas, sin tener en cuenta otros aspectos como el psicológico, desconociendo que uno de los beneficios de la relación profesional de enfermería-paciente es la disminución del dolor, estrés, ansiedad, mayor confort y adherencia al tratamiento, disminución de días de estancia hospitalaria, pronta recuperación y,

por consiguiente, disminución en costos hospitalarios y manejo individualizado del paciente (51).

La fase de explotación, que generó una lista de chequeo, permitió evidenciar, tal como se ha señalado, la necesidad del paciente, quien, a partir de la identificación con el profesional de enfermería, reconoce nuevas relaciones de apoyo (19). Al respecto, Vargas y Fernández (43) afirman, sobre la importancia de la intervención del profesional de enfermería, que ésta direcciona al paciente para proporcionar su propio cuidado, de acuerdo con las necesidades generadas en la hospitalización. Además, se destaca la importancia de este cuidado para disminuir los reingresos de los pacientes con DM2 y la aparición de las complicaciones.

Se hace vital, entonces, facilitar estrategias que mejoren las relaciones del profesional de enfermería-paciente para la prevención de las complicaciones y cuidados generales del paciente hospitalizado diabético, fundamentadas en la teoría de Hildegard E. Peplau, en especial para personas que tienen riesgos de perder el equilibrio por complicaciones asociadas a la DM2.

En esta experiencia se hace evidente que las teorías de enfermería no están separadas de la práctica, ya que dan orientación para enfatizar la importancia de la relación profesional de enfermería – paciente, sobrepasando la tecnología y sobrecarga laboral y para dar mayor sentido al desarrollo de técnicas y procedimientos. Esta teoría orienta al profesional para que, en su labor, no se presente una atención restringida a las afecciones físicas sin tener en cuenta otros aspectos como el psicológico.

Cabe recordar que uno de los beneficios de la relación profesional de enfermería-paciente lo constituye la disminución del dolor, el estrés, la ansiedad, mayor confort y adherencia al tratamiento, la disminución de días de estancia hospitalaria, la pronta recuperación y, así, la disminución en costos hospitalarios y el manejo individualizado del paciente (51).

La Teoría de H. Peplau hace indudable la puesta en marcha de una visión filosófica interactiva integrativa o de reciprocidad, la cual considere a los seres humanos holísticos, dependientes del contexto y condiciones circundantes, activos e interactivos con su ambiente, donde lo subjetivo y objetivo tienen la

misma importancia; una realidad en la que existen dos personas, el entorno soy yo e interactuó con el ambiente (52).

CONCLUSIONES

Con la aplicación de la teoría de las relaciones interpersonales de H. Peplau en la atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se evidenció la importancia de su uso en la práctica clínica hospitalaria y en la prevención de las complicaciones de las personas con DM2 en el hogar.

La orientación de una teoría de enfermería, en este caso la de Peplau, cualifica las buenas prácticas, ya que, mediante las fases que propone, se direcciona el cuidado y el profesional de enfermería reconoce, a través de las relaciones interpersonales con el paciente, las dificultades de las personas hospitalizadas con DM2 y diseña el cuidado en respuesta a esas necesidades identificadas. El paciente, por su parte, al reconocer las estrategias de prevención de las complicaciones de la enfermedad a través de las relaciones interpersonales, participa en su propio cuidado.

En toda oportunidad de cuidado, el profesional de enfermería se identifica con el paciente, a quien le permite manifestar sus necesidades de atención, sus sentimientos y emociones, mostrándole respeto, interés y aceptación y, de esta forma, contribuir a mejorar su salud y fortalecerse en medio de la experiencia de su estado actual.

La aplicación de la teoría de H. Peplau con pacientes hospitalizados con DM2 permite dignificar a las personas e incrementar su autonomía al igual que la del profesional de enfermería; en tal sentido, esta teoría logra el fin último del cuidado.

La teoría de H. Peplau proporcionó un factor diferenciador con otras teorías de enfermería al aplicarla en la práctica clínica, ya que hace visibles diferentes fases y roles que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado que direcciona la práctica, dándole relevancia a la relación enfermera-paciente como primera oportunidad en todo acto en el cuidado, con lo que se fortalece la práctica de enfermería. Ese compromiso y relación de cuidado está enfocado a entender el significado de la situación actual de las personas involucradas, con el fin de realizar acciones

más acordes con cada situación en particular.

El realizar proyectos de gestión con la metodología del marco lógico permite dar soluciones a problemas prácticos que surjan del cuidado diario, de una manera eficiente y efectiva, con resultados rápidos y de calidad. La metodología del marco lógico permite planear, ejecutar y evaluar el cuidado, de manera sencilla y rápida, para contribuir con el cuidado de las personas, además de cualificar la atención del profesional de enfermería.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: WHO; 2014.
2. Sociedad Colombiana de Diabetes. Prevalencia de la Diabetes en Colombia. Bogotá D.C.: Centro Educativo IDF; 2014.
3. Saldaña-Hernández G. Impacto de las enfermedades en la productividad laboral. Forbes México [Internet]. 2015 [consultado 20 diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.forbes.com.mx/impacto-de-enfermedades-en-la-productividad-laboral/>
4. Arredondo A, Icaza E. Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano. Value in Health [Internet]. 2011 [consultado 16 de noviembre de 2015]; 14(5): 85-88. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1098301511014380/1-s2.0-S1098301511014380-main.pdf?_tid=8621da52-d8e3-11e5-8bd5-00000aab0f6b&acdnat=1456090922_bc047cc65e835ff89d8c346c471dd41e
5. Huang E, Brown S, Ewigman B, Foley E, Meltzer D. Patient perceptions of quality of life with diabetes related complications and treatments. Diabetes care [Internet]. 2007 [consultado 12 de diciembre de 2015]; 30(10): 2478-2482. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/30/10/2478.full.pdf+html>
6. González J, Walker J, Einarson T. Cost-of-illness study of type 2 diabetes mellitus in Colombia. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2009 [consultado 20 diciembre de 2015]; 26(1): 55-63. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/09.pdf>
7. Koster I, Huppertz E, Hauner H, Schubert I. Costs of Diabetes Mellitus (CoDiM) in Germany, Direct Per-capita Costs of Managing Hyperglycaemia and Diabetes Complications in 2010 Compared to 2001. Exp Clin Endocrinol Diabetes. [Internet]. 2014 [consultado 12 de diciembre de 2015]; 122 (9): 510-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24918530>
8. Guelfucci F, Clay E, Aballéa S, Lassalle R, Moore N, Toumi M. Impact of therapy escalation on ambulatory care costs among patients With type diabetes in France. BMC Endocr Disord. [Internet]. 2013 [consultado 2 de setiembre de 2015]; (13)15. Disponible; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=51.%09Guelfucci%2C+F.+et+al.++Imp+act+of+therapy+escalation+on+ambulatory+care+costs+among+patients+With+type+diabetes+in+France>.
9. World Health Organization (WHO). Data Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2011.
10. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Vigilancia de la Diabetes en Colombia: Subdirección de Enfermedades no Transmisibles (ENT). Direc de Prevención y Promoción; 2011.
11. Redacción Llano 7 días. Alarma por incremento de la Diabetes en Villavicencio y Meta. En la ciudad hay por lo menos 17 mil enfermos. El Tiempo. [Internet]. Viernes 24 de Agosto de 2012 [consultado 22 de noviembre de 2015]; Archivo. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12157509>
12. Donohue P. Nursing's Role in Courage Development in Patient Facing Complications of Diabetes. Journal of Holistic Nursing 2013; 31(1): 49-61.
13. Conferencia Internacional de Armonización (CIARM) sobre Requerimientos Técnicos para el Registro de Productos Farmacéuticos para uso en Humanos (ICH). Guía Tripartita Armonizada de la Conferencia Internacional de Armonización. Anexo B: Normas de Buenas Prácticas Clínicas (BPC). [Internet]. Bruselas: Secretario de la Conferencia Internacional de Armonización (CIARM © ICH); 1997-1998. [consultado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/.../Guidances/ucm073128.pdf>
14. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 2378 de 2008, junio 27, por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos. [Internet]. Bogotá D.C.: Minsalud; 2008 [consultado 15 de julio de 2016]. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Decreto2378de2008_Buenas_practicas_clinicas.pdf
15. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales. Guía técnica: "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" Versión 2.0 [Internet]. Bogotá D.C.: Minsalud; 2008 [consultado 15 de julio de 2016]; p. 1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
16. Barker PJ. Modelo de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau. En: Cutcliffe J, Mackenna H, Hyrkas K. Modelos de Enfermería Aplicación a la práctica. 1ª ed. Chile: Manual Moderno; 2011. p. 39-41.
17. Contreras-Orozco A, Contreras-Machado A, Hernández-Bohórquez C, Castro-Balmaceda M, Navarro Palmet L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investigación Andina [Internet]. 2013 [consultado 30 de septiembre de 2015]; 26(15): 667-678. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n26/v15n26a05.pdf>
18. Durán-Villalobos M, Proyecto INNOVAR, Universidad Nacional de Colombia Enfermería. Desarrollo Teórico e

- investigativo: Teoría de enfermería relación con la investigación y la práctica. Editorial Unibiblos; 2001. p. 128-129.
19. Marriner-Tomey A, Raile-Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid. España 4ª ed. Editorial Elsevier; 2011. p. 336-343.
 20. Cheryl F. Peplau's Theory: Concepts and Their Relations. Nurs Sci Q [Internet]. 2011 [consultado 20 de julio de 2015]; 4(2): 54-60. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/4/2/54>
 21. Cabarcas-Ortega N. Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. Rev.cienc.biomed [Internet]. 2011 [consultado 20 de julio de 2015]; 2(1): 144-148. Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1008>
 22. Federación Internacional de la Diabetes (FID). Atlas de la diabetes. 6ª Edición. Actualización 2014. [Internet]. 2014 [consultado 30 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
 23. Reed P, Crawford S. Nursing knowledge and theory innovation: advancing the science of practice. The spiral path of nursing knowledge. New York: Springer Publishing Company; 2011. p. 1-36.
 24. Refugio-Zavala M, Vázquez-Martínez O, Whetsell MV. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos mellitus tipo 2. Aquichan [Internet]. 2011 [consultado 20 de agosto de 2015]; 6(1): 8-21. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/76/157>
 25. Gómez-Arias RD. Manual de Gestión de Proyectos. 1ª ed. [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009 [consultado 30 de noviembre de 2015] Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/551/MANUAL_GESTION_PROYECTOS.pdf
 26. Barna-Juri R, Iñigo-Oyarzun R. Apuntes: Formulación de proyectos de salud familiar de acuerdo a Metodología Marco Lógico. [Internet]. Chile: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Santiago de Chile; 2003 [consultado 10 de julio de 2015]. Disponible en: www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/marcologico.pdf
 27. Fawcett J. Using the Roy Adaptation Model to Guide Research and/or practice: Construction of Conceptual-Theoretical-Empirical Systems of Knowledge. Aquichan [Internet]. 2009 [consultado 20 de junio de 2015]; 9(3): 297-306. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147009.pdf>
 28. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. [Internet]. 1947 [consultado 2 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
 29. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución No. 8430, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Bogotá D.C.: Minsalud; 1993 [consultado 2 de febrero de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
 30. Tamra CJ, Martsolf DS, Draucker C B, Strickland K. Hildegard Peplau's Theory and the Health Care Encounters of Survivors of Sexual Violence. J Am Psychiatr Nurses Assoc. [Internet]. 2008 [consultado 2 de septiembre de 2015]; 14(2): 136-143. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163527/>
 31. Baca-Martínez B, Bastidas-Loaiza MJ, Aguilar MR, De La Cruz-Navarro MJ, Gonzáles-Delgado MD, Uriarte-Ontiveros S, Flores-Flores P. Nivel de conocimientos del Diabético sobre su autocuidado. Enfermería Global [Internet]. 2008 [consultado 23 de septiembre de 2015]; 7(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691/14171>
 32. Pinzón-Rocha M, Aponte-Garzón L, Hernández-Paéz F. Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. Rev. Orinoquia [Internet]. 2013 [consultado 1 de septiembre de 2015]; 17(2): 241-251. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/896/89630980010.pdf
 33. Silva-Oliveira KC, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev. Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [consultado 1 de agosto de 2015]; 45(4): 862-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a10.pdf>
 34. Molina-Iriarte A, Acevedo-Giles O, Yáñez-Sandoval M, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza A. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2013 [consultado 1 de octubre de 2015]; 18(1): 13-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326333003>
 35. Isla-Pera P. Living with diabetes: quality of care and quality of life. Dopevess open access to scientific and medical research. Patient Preference and Adherence [Internet]. 2011 [consultado 13 de octubre de 2015]; 5(2): 65-72. Disponible: <https://www.dovepress.com/living-with-diabetes-quality-of-care-and-quality-of-life-peer-reviewed-article-PPA>
 36. Compeán-Ortiz L, Gallegos-Cabriales E, González-González J, Gómez- Meza M Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [consultado

- 11 de agosto de 2015]; 18(4): 675-680. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400003
37. Asante E. Interventions to promote treatment adherence in type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Community Nursing* [Internet]. 2013 [consultado 22 de septiembre de 2015]; 18(6): 267-274. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ernest_Asante/publication/256762851_Interventions_to_promote_treatment_adherence_in_type_2_diabetes_mellitus/links/5570a2dc08aedcd33b289dfe.pdf
 38. Herrera-Lian A, Andrade YR, Orlando-Hernández S, Manrique J, Faria K, Machado M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *av.enferm* [Internet]. 2012 [consultado 1 de agosto de 2015]; XXX (2): 39-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
 39. Fernández-Vázquez A, Abdala-Cervantes T, Alvara-Solís E, Tenorio-Franco G, López-Valencia E, Cruz-Centeno S, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Méd Quir* [Internet]. 2012 [consultado 2 de septiembre de 2015]; 17(2): 94-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006>
 40. Pérez-Rodríguez MC, Godoy S, Mazzo A, Nogueira PC, Trevizan MA, Mendes-Costa I. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 [consultado 22 de septiembre de 2015]; 12(29): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100003&lng=es
 41. Romero-Massa E, Acosta-Ospino S, Carmona-Castilla I, Jaimes-Sarmiento A, Masco-Mier MM, Áez-Góngora A, Vega-Jimenez C, et al. Calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas* [Internet]. 2010 [consultado 22 de septiembre de 2015]; 1(2). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/vol-bio12/calidaddevida/>
 42. Ávila-Alpírez H, Meza-Guevara S, Frías-Reyna B, Sánchez-Andrade E, Vega-Alanís C, Hernández-Saldivar M. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2006 [consultado junio 22 de 2015]; X (20): 141-146. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/877/1/culturacuidados_20_20.pdf
 43. Vargas-Bermúdez Z, Fernández-Coto R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2011 [consultado 22 de noviembre de 2015]; (21):1-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821176005>
 44. Freitas-Macedo K, Freitas-da Silva G, Leite-Araújo T, Gimenez-Galvao M. Aplicacao de teoria interperssoal de Peplau com puérpera adolescente. *Invest. Educ. Enferm* [Internet]. 2006 [consultado 15 de octubre de 2015]; XXIV (1): 78-85. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a08.pdf>
 45. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015 [consultado 15 de noviembre de 2015]; 12(3): 134-143. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S166570631500038X1-s2.0-S166570631500038X-main.pdf?_tid=30f02d9c-d38c-11e5-85ef-00000aacb35d&acdnat=1455503657_9df6cd03a6b7c6c8497532bb77182681
 46. Donohue-Porter P. Nursing's Role in Courage Development in Patient Facing Complications of Diabetes. *J Holist Nurs* [Internet]. 2013 [consultado 23 de septiembre de 2015]; 31(10): 49-61. Disponible en: <http://jhn.sagepub.com/content/early/2012/09/26/0898010112461975>
 47. Touriñán-López JM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. [Internet]. 2011[consultado 2 de agosto de 2015]; (Extra-Série): 283-307. Disponible en: iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/download/1323/771
 48. Halcomb KA. Health promotion and health education: nursing students' perspectives. [Tesis doctoral]. U.S.A: University of Kentucky; 2010 [consultado 22 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=gradschool_diss
 49. Sanz C, Salvador T, Suelves J. Prevención de la A a la Z. [Internet]. México: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud del Ministerio del Exterior; 2004 [consultado 28 de agosto de 2015]; p. 65. Disponible en: www.san.gva.es/documents/156344/1655680/diccionario_prevencion.pdf
 50. O'Toule A, Rouslin W. Teoría interpersonal en la práctica de enfermería. *Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Relaciones interpersonales: Propósito y características de la enfermería como profesión*. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 1996. p. 52-54
 51. Mena-Gómez I, Troncoso-Pérez D, González-Ortega Y. Las teorías de enfermería y la relación enfermera paciente: aplicación para la práctica. *Enfoque*. *Revista Científica de Enfermería* [Internet]. 2014 [consultado 2 de noviembre de 2015]; XV(10): 17-20. Disponible en: http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/enero_junio%202014/2%20REVISTA%20ENFOQUE%20_10.pdf
 52. Gómez O, Gutiérrez E. La situación de enfermería: Fuente y contexto del conocimiento de enfermería. 1ª ed. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia: Gráficas Ducal; 2011. p.101-196.