



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

Factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015-Mayo/2016.

AUTORAS:

Chilán Rivas Vanessa Jacqueline
Rosado Loor María Belén

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Lcda. Rosa Navia González

Portoviejo – Manabí – Ecuador

2016

DEDICATORIA.

A Jehová Dios quién guía mi camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres JOSÉ PEDRO CHILAN PALMA Y ALBA ASUNCIÓN RIVAS RIVAS por brindarme su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

Vanessa Jaqueline

DEDICATORIA.

A mi Señor, Jesús, quien me da fe, fortaleza, salud y esperanza para terminar este trabajo.

A mi esposo, CARLOS ANDRÉS PAREDES CEDEÑO quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante. Su comprensión y paciente espera para que pudiera terminar el grado son evidencia de su gran amor.

A mi adorada hija HELEN ANDREINA PAREDES ROSADO quien me prestó el tiempo que le pertenecía para terminar y me motivó siempre con sus sonrisas y travesuras.

A mi madre LEIDA LEONOL LOOR GARCÍA quien me enseñó desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas y siempre me motivo a seguir adelante y a quien prometí que terminaría mis estudios; y, cuidaron de mi hija mientras realizaba mis estudios. Sin ella no hubiese podido hacer realidad este sueño. Mi triunfo es el esfuerzo de ella.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo.

María Belén

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios Todopoderoso, quien me ha dado sabiduría, conocimiento y guiado mis pasos para culminar con éxito este trabajo.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería y al Tribunal de Trabajo de Titulación; por su apoyo profesional, paciencia, tiempo y conocimientos brindados, para cumplir con el desarrollo de este proyecto de investigación.

Especialmente agradezco todo el equipo de trabajo que labora en el Centro de Salud Municipal, puesto que brindó los conocimientos necesarios para el desarrollo de este proyecto y elaboración final del mismo.

A la tutora del proyecto de titulación Lcda. Rosa Navia González, por su constante orientación para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Todos ellos por su apoyo, dedicación, impulso, paciencia y tiempo me motivó y orientó hacia la culminación de este trabajo de investigación. Que Dios Todopoderoso derrame sobre ustedes miles de bendiciones, a todas mil gracias.

María Belén.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar doy infinitamente gracias a Jehová Dios por haberme dado fuerzas y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco la confianza y apoyo brindado por parte de mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida, me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos y cuñados, que con sus consejos me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A mis amigos incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ellos.

A la Mg. Rosa Navia González, por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

A mi compañera María Belén, porque cada una de sus valiosas aportaciones hizo posible la culminación de este proyecto por la gran calidad humana que me ha demostrado durante esta travesía.

Vanessa Jacqueline



CERTIFICACIÓN.

Lcda. Rosa Navia González, Catedrática de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de Tutora del Proyecto de Investigación:

CERTIFICO; Que las egresadas de la Escuela de Enfermería: Chilán Rivas Vanessa Jacqueline; y, Rosado Loor María Belén; han cumplido con el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema es: Factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015-Mayo/2016.

El mismo que ha sido desarrollado y concluido en su totalidad bajo mi dirección habiendo cumplido con todos los requisitos y reglamentos que para este efecto se requiere.

Lcda. Rosa Navia González
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.

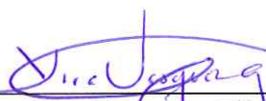
TEMA:

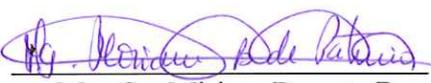
Factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015-Mayo/2016.

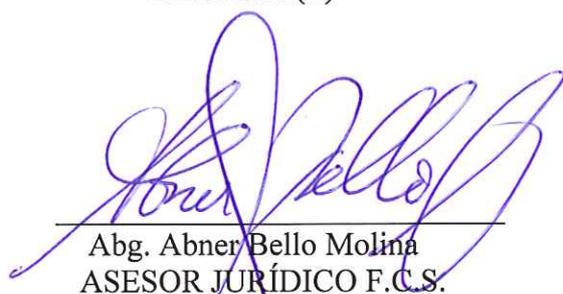
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Sometida a consideración el Tribunal de revisión y sustentación legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

Licenciada en Enfermería.


Dra. Yira Vásquez Giler Mg.N
DECANA (E)


Mg. Gs. Miriam Barreto Rosado
PRESID.COM. INVESTIGACIÓN FCS

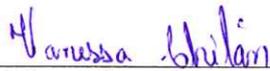

Abg. Abner Bello Molina
ASESOR JURÍDICO F.C.S.


Mg. Rosa Navia González
TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN


Mg. Nora Gavilanes Peralta
REVISORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Declaramos bajo juramento que: todas las ideas, mociones, investigaciones, experiencias, hechos, conclusiones y recomendaciones expuestas en este proyecto de investigación son de única, total y exclusiva responsabilidad de las autoras.



Chilán Rivas Vanessa Jacqueline
C.I. No. 131066719-9
EGRESADA



Rosado Loo María Belén
C.I. No. 131372783-4
EGRESADA

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.	iv
Certificación.	vi
Certificación del tribunal de revisión y evaluación.	vii
Declaración de autoría.	viii
Índice de contenidos.	ix
Resumen.	xii
Summary.....	xiii
Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.	3
Justificación.....	5
Objetivos.....	7
Objetivo general:	7
Objetivos específicos:.....	7
Capítulo II	8
Marco teórico	8
Operacionalización de variables	19
Capítulo III	21
Diseño metodológico.....	21
Tipo de estudio	21
Área de estudio:	21
Universo.....	21
Métodos e instrumentos para recolección de información	21

Técnicas:.....	21
Recursos humanos.....	22
Recursos técnicos y logísticos.....	22
Recursos humanos.....	22
Recursos técnicos y logísticos.....	22
Recursos materiales.....	22
Recursos institucionales.....	22
Capítulo iv.....	23
Presentación de resultados, análisis e interpretación.....	23
Capítulo v.....	32
Conclusiones y recomendaciones.....	32
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	34
Capítulo VI.....	35
Propuesta.....	35
Presupuesto.....	45
Cronograma valorado.....	46
Bibliografía.....	50

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

Tabla 1	Edad y género de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	26
Tabla 2	Estado civil/nivel de instrucción de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	27
Tabla 3	Ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	28
Tabla 4	Tiempo de la enfermedad y estado emocional de los diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	29
Tabla 5	Tipo de apoyo emocional recibido por los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	30
Tabla 6	Conocimiento de la enfermedad y régimen alimenticio de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	31
Tabla 7	Complicaciones física generadas en los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	32
Tabla 8	Los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal, pertenecen a algún grupo. Sept/2015-Febrero/2016.	33
Tabla 9	Ingresos económicos de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.	34

RESUMEN.

En el Centro de salud Municipal de la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí, se desarrolla un proyecto cuyo objetivo principal es identificar los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a dicha unidad médica Diciembre/2015-Mayo/2016.

Es un estudio de tipo investigativo-no experimental, descriptivo y de campo bajo la línea de investigación factores psicosociales, con un universo de 72 usuarios diabéticos, utilizando como técnica la encuesta, cuyos resultados reflejan que el 58.3% son de género masculino y tienen más de 60 años; un 59.72% tienen un nivel de instrucción secundaria, de los cuales un 27.78% son de estado civil unión libre; 55.56% son empleados y tiene un salario básico medio de \$ 280 dólares mensuales; de acuerdo al tiempo que padecen de diabetes mellitus tipo 2 un 30.56% de los pacientes que son atendidos en el Centro de Salud Municipal tienen más de 11 años con esta enfermedad, quienes se han resignado y se han adherido al tratamiento en un 19.44%, pero hay que hacer énfasis en aquellos que les fueron diagnosticados con diabetes tipo 2 desde hace 5 a 10 años y presentan un cuadro depresivo en un 13.89% convirtiéndolo en un factor psicosocial que influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento; hay que destacar también que un gran porcentaje de estos pacientes con diabetes tipo 2 en un 62.50% siempre recibe ayuda de sus familiares y un 18.06% nunca ha recibido ayuda de ninguna índole; en lo relacionado al conocimiento sobre la enfermedad un 55.55% medianamente tiene información, un 45.83% lleva una alimentación sana; en un 55.56% no pertenecen a ningún grupo de apoyo, siendo esto un factor negativo para adherirse totalmente al tratamiento.

Se concluye que las principales causas, referidas por los pacientes, de desapego al tratamiento y dieta fueron el olvido y la insistencia en el consumo de alimentos restringidos.

Palabras claves: Diabetes mellitus tipo 2, adherencia al tratamiento, estrés, sintomatología depresiva, estilos de afrontamiento, paciente,

SUMMARY.

In the municipal health center of the city of Portoviejo, Manabi, a project is developed whose main objective is to identify psychosocial factors that influence adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus attending such sickbay December / 2015-May / 2016.

It is a study of experimental, descriptive and field under the research psychosocial factors, with a universe of 72 diabetic users-no investigative type, using technical survey, whose results show that 58.3% are male and have more 60; 59.72% one have a level of secondary education, of which 27.78% are cohabiting marital status; 55.56% are employees and has an average base salary of \$ 280 dollars a month; according to time with diabetes mellitus type 1 February 30.56% of patients are treated at the Municipal Health Center has more than 11 years with this disease, who have resigned and have adhered to treatment in a 19.44% but we must emphasize those who were diagnosed with type 2 diabetes will last 5 to 10 years, and have depressive symptoms in a 13.89% making it a psychosocial factor influencing negatively on adherence to treatment; We must also mention that a large percentage of these patients with type 2 diabetes in 62.50% always get help from their families and 18.06% have never received assistance of any kind; in relation to knowledge about the disease it has a 55.55% averagely information, a 45.83% leads a healthy diet; a 55.56% belong to no support group, this being a negative factor to fully adhere to treatment.

It is concluded that the main causes reported by patients, detachment treatment and diet were forgotten and insistence on restricted food consumption.

Keywords: Type 2 diabetes, treatment adherence, stress, depressive symptoms, coping styles, patient Mellitus.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

La diabetes tipo 2 es una patología que presenta una curva de crecimiento exponencial, proyectándose para el año 2030 la presencia de 336 millones de personas con esta enfermedad (Rodríguez, Reynales, & Jiménez, 2010, págs. 412-420).

Esta situación debería orientar el accionar de los equipos de salud, mejorando sus prácticas profesionales, en especial las actividades destinadas a la prevención, a través de diversos programas en los que se destacan aquellos orientados a educación en autocuidado.

Sin embargo, estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y por sobre todo, complicando la calidad de vida de las personas con esta patología.

Esta situación entrega los cimientos de la presente investigación, que tiene como objetivo determinar los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015-Mayo/2016.

Los resultados demuestran que, ésta población vulnerable en su mayoría es de género masculino, de edad entre 60 años y más, procedente de comunidades aledañas; que presentan problemas por la falta de adherencia al tratamiento de su enfermedad; y, que a pesar del origen multifactorial y genético, con un diagnóstico oportuno, apego al tratamiento prescrito y cambios en el estilo de vida de los pacientes, se puede lograr buenos y mejores resultados.

El estudio fue factible realizarlo porque se contó con la participación y colaboración de autoridades del Centro de Salud, Adultos Mayores y Familiares quienes se empoderaron del proyecto, logrando así conseguir alcanzar los objetivos planteados en el mismo.

A fin de abordar de manera sistemática y organizada la elaboración del presente estudio, éste se estructuró en cinco capítulos, descritos a continuación:

El primero involucra la introducción, planteamiento del problema, objetivos del estudio y su justificación. El segundo contiene, el marco teórico, en el que se describen los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variables y la definición de términos básicos. Y, el tercero, describe la metodología utilizada, que contiene el diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para la recolección de información y técnica de análisis.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos, mediante la presentación de tablas y gráficos con sus respectivos análisis, seguido de las conclusiones y recomendaciones a los cuales se llegó en la investigación. En el quinto capítulo, se presenta la propuesta como alternativa de solución ante la problemática encontrada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes es una patología crónica que produce altos costos de atención médica, que conlleva a un efecto psicosocial en la persona con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, provocando desmejoramiento de la calidad de vida, seguido por la afectación laboral y social, es así que según reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), existiendo nuevos casos diagnosticados de 32,30 por cada 1000 habitantes que oscilan en edades entre los 30 a 60 años.

Existen estudios diversos, en los cuales se han demostrado varios factores psicosociales que están relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tales como estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social. (Paddison, Alpass, & Stephens, 2008,)

La adherencia al tratamiento es el comportamiento entre el paciente y los programas de tomas de medicamentos, plan alimenticio y estilo de vida prescrito por los profesionales de la salud que le atienden (Varela & Salazar, 2008, págs. 101-113).

En todo el mundo se calcula que hay más de 347 millones de personas con diabetes, y se prevé que para el 2030 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones. Se estima que el 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos y la mayoría de estas tienen entre 30 a 60 años y más.

La OMS prevé que las muertes por diabetes mellitus tipo 2 se multipliquen por dos entre el 2005 y 2030, y que en este año sea la séptima causa de defunción a nivel mundial.

En los países Sudamericanos la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 varía entre el 2% y 5% de la población mundial. (Villena, 1992; Seclén, Leey, Villena, Herrera, Menacho y Carrasco, 1999).

En el Ecuador, por reporte del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013) esta patología ocupa el segundo lugar, estimando que su prevalencia está dada en el rango entre los 30 a

65 años y más, diagnosticándose un total de 530.130 casos y se calcula que existen 127.506 personas con diabetes sin diagnosticar.

Por ello las personas que adquieren esta condición de enfermedad crónica, presentan cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección. Según diversos investigadores como (Oblitas, 2010), señala que las personas que se diagnostican con esta enfermedad crónica presentan reacciones emocionales intensas la cual se manifiesta en estrés, depresión, ansiedad y otras características que afectan de manera directa a la adherencia del paciente al tratamiento a seguir por parte del paciente con respecto a esta enfermedad.

También se han evidenciado varias causas, por la cual las personas con esta patología son renuentes a la adherencia en su tratamiento, razón por la cual abandonan el mismo y luego lo retoman, influyendo en su estilo de vida, donde se ha visto que incide el género del paciente, siendo mayor en los hombres en el cumplimiento del régimen de alimentación, mientras que en las mujeres es mayor. En tanto que en lo referente al uso y abuso del tabaco y alcohol es otro factor que complica el tratamiento.

Por su parte (Taylor, 2009), señala la importancia de los grupos de apoyo de salud donde sobresale el personal de enfermería debido a su acercamiento al paciente, y le corresponde manejar situaciones de conflicto psicosocial en donde se identifican prejuicios, hábitos y actitudes que inciden en la adherencia al tratamiento y poder ayudar al paciente en vigilar su salud, así como aceptar el cambio en la forma de vida por efectos de esta enfermedad y modificar sus hábitos.

En el Centro de Salud Municipal del Cantón Portoviejo, según datos registrado por el Departamento Estadístico se conoce que desde Diciembre 2015/ Mayo 2016, asistieron un total de 180 pacientes diabéticos; en el cual 72 personas presentan esta enfermedad. Mientras el 100% de estos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en dicha institución, el 75% siguen con el tratamiento; y, el 25% lo abandona. (CSM, 2015).

¿Cuáles son los factores psicosociales que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se atiende en el centro de salud municipal?

JUSTIFICACIÓN.

Los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es una afectación que provoca al usuario una reacción emocional, que es manifestada en negatividad, rebeldía, aislamiento, depresión, estrés y sus estilo de afrontamiento, sintomatología depresiva, manifestado por la negación a seguir el tratamiento, afectando su salud y provocando malestar familiar, laboral y social, por ello señala (Cotran, 2011) que debe establecerse una adecuada formación y habilidad de comunicación por parte de los profesionales de la salud, que son quienes os atienden, con el apoyo familiar, llevando un adecuado habito para su control y tomar su alimentos en horarios regulares.

Por ello el interés del presente estudio, la cual constituye un enfoque real sobre las complicaciones psicosociales de esta enfermedad, ya que el paciente con esta patología se proponen un reto personal para él y el personal de salud por su cronicidad, se establecen aspectos como su evolución que es variable, recidiva, evidenciando que en los últimos años se han incrementado el número de casos por su forma de presentarse, dada la disponibilidad de alimentos y bebidas que a la postre conllevan a la obesidad, sedentarismo y hereditarios que provocan la presencia de esta enfermedad, la cual es costosa de tratar afectando al ámbito laboral, social y psicológico.

Además el personal médico incide de forma importante en el tratamiento del paciente, en la formación de un nuevo estilo de vida en base a una continua educación y motivación de los mismos con la finalidad de mejorar su adherencia en forma eficiente, siendo un factor crucial. Por ello se ha demostrado que el factor organizacional en el ámbito personal, familiar y social ejerce un papel importante en el cuidado de esta enfermedad, mediante la difusión de programas educativos de cómo llevar esta enfermedad.

Razón por la cual hace que el presente trabajo de titulación sea factible y viable para su realización y ejecución, ya que se contó con toda la predisposición de los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud Municipal. Así como suficiente información bibliográfica y motivación e interés por parte de las investigadoras, que cuentan con el

tiempo suficiente para su realización, con los recursos materiales y financieros necesarios para llevar a cabo la presente investigación, por lo tanto se poseen las posibilidades de llevarlo a cabo y culminarlo en el tiempo previsto.

Considerando lo expresado, se justifica la investigación, ya que los resultados que se obtuvieron permitieron aportar con valiosas conclusiones y recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento de las personas que padecen de esta enfermedad y que asisten a este centro de salud. También en lo referente al análisis y detalle de este estudio se basó en un proceso de planificación acorde al tema aplicando para ello procedimientos de investigación científica, con sus metodologías y normas para lograr determinar esta problemática y la evolución de los usuarios que acuden al Centro de Salud Municipal con esta patología, lo cual hace factible la presente investigación.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

Determinar los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015-Mayo/2016.

Objetivos Específicos:

Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio

Verificar el abandono de los pacientes al tratamiento en adherencia con diabetes mellitus tipo 2. En el Centro de Salud Municipal

Socializar estrategias socio-educativas de prevención sobre los factores psicosociales en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La diabetes mellitus es un conjunto de síndromes caracterizados por un déficit de insulina, que produce cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, que dan como resultado una hiperglucemia grave responsable de complicaciones vasculares y neuropáticas. (López, 2010)

Patología endocrina más prevalente, afecta al 5-10% de la población, se asocia a otras causas de riesgo cardiovasculares y la hipertensión.

Se clasifica de acuerdo al proceso patógeno que se determina en hiperglucemias, haciendo referencia la edad y el inicio del tratamiento". (OMS, 2012)

La diabetes tipo 1 también llamada insulino dependiente, juvenil, requiere a diario la inyección de insulina. Las causas se desconocen.

Los síntomas en la diabetes tipo 1, consisten en poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio estos síntomas aparecen de forma súbita.

Suele iniciar a temprana edad por esta razón, también se conoce a menudo como diabetes mellitus juvenil. Sin embargo, esta patología puede producirse a cualquier edad, después conducen a la pérdida de células beta pancreática. (Hattersley, 2010)

La Diabetes mellitus tipo 2, no produce suficiente insulina el organismo, tiene dificultades para utilizarla o ambas cosas a la vez, una persona con diabetes mellitus tipo 2 podría inyectarse insulina, pero no depende de ella para vivir.

Se debe principalmente a la no tolerancia insulina en músculo y tejido graso, sobre todo por obesidad. Suele presentar hiperinsulinismo compensador. Siendo prevalente, representa el 85-90% del total. La mitad de los pacientes no están diagnosticados. Suele establecerse de forma progresiva, típicamente en mayores de 40 años. Puede ser asintomático y detectarse en una glucemia rutinaria, o presentar clínica cardinal

diabética. Es posible la presencia de complicaciones crónicas al diagnóstico. No suele debutar con descompensación aguda, y su descompensación típica es en forma de coma hiperosmolar. Se maneja con pérdida de peso, dieta, ejercicio físico e hipoglicemiantes orales, aunque muchos pacientes acaban requiriendo insulina. (Ishiki & Klip, 2012)

Para prevenir esta enfermedad y sus complicaciones se han demostrado medidas eficaces relacionadas con los hábitos de vida, no subir de peso, mantener un peso normal, tener una buena alimentación, eliminar cualquier consumo extravagante como alcohol, tabaco, entre otros.

La patología de la diabetes que presenta una curva de crecimiento exponencial, proyectándose para el 2030, al menos 336 millones de casos con diabetes.

Un gran porcentaje de usuarios padecen esta patología pasado los cuarenta años, es por eso que es un padecimiento que desencadena gradualmente, a diferencia de la emergencia severa que en ocasiones anuncia el comienzo de la diabetes tipo 1.

La sintomatología en este tipo de diabetes mellitus tipo 2 causa fatiga, polifagia, poliuria, polidipsia; visión borrosa; infecciones de piel; prurito en los genitales; entumecimiento de los pies; y, afecciones del corazón (Rubin, 2011.).

El desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 parece ser producto de la interacción entre la susceptibilidad genética y factores ambientales; sin embargo, el estilo de vida sedentario y obesidad, han aumentado simultáneamente esta patología. (Kastorini & Panagiotakos, 2009)

La diabetes gestacional, se produce cuando existe la presencia de hiperglicemia en cualquier etapa del embarazo.

Es más probable en gestantes mayores de 35 años, obesas y con antecedentes de fetos macrosómicos. Tras el parto los niveles de glicemia suelen normalizarse, aunque las mujeres afectadas tienen riesgos de presentar DM en los años que siguen al parto. Se diagnostica con la curva de tolerancia a la glucosa modificada.

Se maneja con dieta e insulina, pues los hipoglucemiantes orales son teratógenos (aunque la metformina parece ser segura. (López, 2010)

En relación a la patología y patogenia, independientemente del origen, la variedad de diabetes se produce por una deficiencia relativa del trabajo de la insulina. Más aún, en la DM tipo 2, las cifras de glucagón pueden ser inadecuadamente altas. (McPhee, 2010)

En individuos normales, el trabajo de la insulina basal puede mediar estas respuestas. Con todo, la capacidad del músculo para responder a una insulina a partir del páncreas.

Por consiguiente, se manifiestan en primer lugar por una incapacidad de los tejidos sensibles a insulina para procesar cargas de glucosa. En clínica, esto ocasiona hiperglucemia posprandial. Esos individuos, con mayor frecuencia diabéticos con DM tipo 2 con secreción residual de insulina, pero incremento de la resistencia a la insulina, tendrán resultados anormales en la prueba de tolerancia a la glucosa por vía oral. (Bansal & Wang, 2011)

Aun así, que en cierto usuarios en ayuno mantiene su glucosa estable, ya que hay suficiente acción de insulina para contrapesar la secreción hepática por glucagón siendo las que las sostienen. Durante una baja de insulina los efectos del glucagón en el Hígado no se contrapesan suficientemente.

La cetoacidosis por diabetes es una pérdida profunda de actividad de la insulina lleva no sólo una creciente de las cifras séricas de glucosa debido al aumento de producción hepática y una hipoglicemia, también a cetogénesis. (Ahrén & Islet, 2011)

En ausencia de insulina, se estimula la lipólisis, lo que brinda ácidos grasos que se convierten en cuerpos cetónicos en el hígado por acción del glucagón sin oposición.

Los factores psicosociales relacionados con la patología diabética y el estilo de vida en los pacientes, ya que para ellos la enfermedad como el tratamiento que reciben provocan alteraciones emocionales en su vida como el aspecto social, familiar, tendrán que realizar un cambio en sus vidas. (Alberti, Boudriga, & Nabli, 2007)

El apoyo social es un atenuante que está asociada con la adherencia al tratamiento que por ley deben llevar los usuarios con diabetes tipo 2, que quiere decir apoyo del equipo de salud y familiar influye a que el usuario lleve su vida sin estrés y de este modo conducir a un mejor control de las glicemias, fomentando la continuidad del tratamiento y reduciendo el estrés.

La adherencia indica (Ortiz, Ortiz, & Gómez, 2011) como el compromiso voluntario activo y colaborador del paciente en el tratamiento de su enfermedad, el cual debe seguir una terapia que se encuentra en mutuo acuerdo para el establecimiento del adecuado tratamiento y la implementación de regímenes, así como la de compartir esta responsabilidad con los prestadores de salud. Por tal razón los comportamientos de autocuidados para lograr el respectivo control metabólico adecuado, evitando futuros inconvenientes a medida que pasa el tiempo se incluyen varios tratamientos, sobre todo en pacientes con diabetes el monitoreo de los índices de glucosa y dieta alimenticia. (p. 152)

Mientras que (Nogues, 2012), señala que actualmente se otorga una función específica del autocuidado del usuario con esta patología, la cual implica que el paciente tiene que vigilar y responder en forma activa a su entorno y las biológicas cambiantes, lo cual se logra mediante los debidos ajustes para su adaptación al tratamiento establecido y poder establecer el debido control metabólico adecuado y poder reducir las complicaciones.

Sin embargo (Peralta, 2012) sostiene que por efecto de esta patología existen serias implicaciones psicológicas y emocionales, una vez que el enfermo es diagnosticado con esta enfermedad, el cual incide en su comportamiento habitual. Por ello los galenos deben saber dar las instrucciones a seguir de acuerdo a la adherencia al tratamiento, para que este pueda superar el estrés, ansiedad y depresión por efecto del desconocimiento de la enfermedad que padece y al mismo tiempo establecer un acercamiento entre el médico, enfermera y el pacientes para lograr el menor índice de recaídas, lo cual incide en la estabilidad y la aceptación de la enfermedad.

También los altos niveles por no continuar con los regímenes establecidos según la diabetes está entre el 12% al 90% tal como lo indica (Barreat, 2011), evidenciando que tasas más elevadas existen en pacientes asintomáticos, debiéndose tener el respectivo

diagnóstico, lo cual establece una adecuada existencia de la adherencia al tratamiento y el autocuidado y la ausencia de apoyo obstaculiza la transformación de la salud del afectado.

Mientras que los estudios de (Nogues, 2012), que las mujeres tienden a tener más amigos cercanos y recibir y proporcionar más apoyo emocional. Así mismo las relaciones familiares establecen un papel adecuado en la conducción y tratamiento de esta enfermedad, donde se ha demostrado que en situaciones de bajos conflictos, los altos niveles de cohesión, organización y buena comunicación se encuentran asociados con un adecuado régimen de adherencia, es decir que más que todo en casos de conyugues y miembros de familia y su asociación permite una mayor adherencia al tratamiento.

También se la ha asociado con la adherencia señala (Maldonado, 2011) de acuerdo a los años, género autoestima, auto efectividad, estrés, depresión y el abuso de alcohol y tabaco del paciente está asociado con la presencia de variaciones en el tratamiento a seguir según los regímenes de actividad física y este es mayor en personas de edad avanzada.

Mientras que (Oblitas, 2010), indica que el estrés y los problemas emocionales, como la depresión, ansiedad y trastornos alimenticios se encuentran directamente relacionado con la continuidad a las recomendaciones del doctor.

Esto ha sido confirmado con otros estudios de (Peralta, 2012), los cuales indican que en estos pacientes depresivos tienen mayores probabilidades de presentar complicaciones con esta patología metabólica, al tener un inadecuado control glucémico y adherirse menos al comportamiento de auto cuidados que quienes no se encuentran deprimidos.

De acuerdo al tratamiento, el objetivo inicial es bajar los altos porcentajes de glucosa. Ya que el objetivo es prevenir problemas a raíz de la detección de la enfermedad.

En relación al autocuidado en los usuarios diabéticos, éstos deben aprender habilidades para llevar de una mejor manera esta patología, por ejemplo mantener los niveles normales de glicemia, qué y cuándo alimentarse; sobrellevando la enfermedad obteniendo así un buen estilo de vida.

La prevención de esta enfermedad se la realiza mediante cribado oportunista en población con síntomas de riesgo, que permite detectar los estados de prediabetes e identificar la población diana a la que dirigir la atención procurando cambiar los hábitos de vida y previniendo futuras complicaciones. (Cano P & Franch N, 2010, pág. 5)

Así, entre los factores de riesgo para producir diabetes se encuentran: antecedentes familiares, obesidad, sedentarismo, raza, trastorno de glucosa en ayunas, de la gestacional, hipertensión arterial y dislipidemia. Además, la presencia del síndrome de ovario poliquístico, y con referencias de enfermedad vascular. (IDF, 2011)

El ejercicio físico y dieta son factores críticos en la aparición primaria de diabetes, también muy importantes en la normalidad y desencadenamiento de sus complicaciones crónicas (Dib & Gomes, 2009).

El abuso, tanto del tabaco como del alcohol es un factor que complica la adaptación al nuevo tratamiento. (Inzucchi, Bergenstal, Buse, & al., 2009, págs. 1-16).

En la actualidad el médico es identificado como un prestamista de servicios y el paciente como un usuario, esta relación responde a necesidades de un mercado que vincule de manera directa la relación entre médico – paciente.

La adherencia es el compromiso activo, voluntario, y colaborador del usuario en el seguimiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada en la fijación de metas terapéuticas, planear el tratamiento e implementación de regímenes; así como también compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria.

Las conductas de autocuidarse para conseguir el control metabólico adecuado, evitando problemas a medida que pasa el tiempo incluyen: el monitoreo domiciliario de glucosa; el ajuste de alimentos, especialmente de carbohidratos, para satisfacer las necesidades diarias y equiparar la insulina disponible; la administración del medicamento; la actividad física regular; el aseo de los pies; los controles médicos, y otros comportamientos que cambiarían el rumbo de la diabetes. (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013)

En la actualidad se concede una función central al autocuidado del paciente, ya que implica que éste vigila y responde rápidamente a condiciones ambientales y biológicas cambiantes, lo que se logra mediante ajustes adaptativos que demandan los diferentes aspectos del tratamiento de la diabetes, para mantener el registro metabólico adecuado y reducir la probabilidad de dificultades.

Los niveles generales de seguimiento a los regímenes previstos en usuarios con diabetes oscilan entre el nueve y ochenta por ciento, con tasas más altas en pacientes asintomáticos. Es importante evaluar el grado de la adherencia a cada componente del régimen de tratamiento en forma independiente, porque parece haber escasa correlación entre el apego al autocuidado separados, lo que sugiere que el apego no es un constructo unidimensional.

Los datos de diversos estudios muestran variaciones importantes a la adherencia del medicamento, dependiendo de factores como nivel socioeconómico, donde la adherencia es menor del 30% siendo bajo; igualmente será menor en aquellos que reciben más medicamentos diariamente: que los que tienen una sola medicación, la adherencia se encuentra entre 71-93% y disminuye a 57% en usuarios tienen más de dos medicamentos diarios. Por último, la durabilidad del tratamiento también afecta la adherencia, teniendo una adherencia de 36- 93% a los 6 a 24 meses. (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013)

La adherencia óptima a los medicamentos muestran óptimos resultados clínicos e incluso puede reducir los costos de atención mediante la disminución de la morbilidad y del uso de recursos sanitarios.

Las variables posiblemente relacionadas a diversos comportamientos relativos a la adherencia terapéutica en la diabetes pueden organizarse en cuatro grupos: Características del tratamiento y la enfermedad, tratos interpersonales y ambientales.

Las características del tratamiento y enfermedad, los tres elementos del tratamiento asociadas a la adherencia son la complejidad, la duración y prestación de la atención médica.

Así, cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que el usuario lo siga. Los cambios de hábitos de vida, el número de medicamentos y las dosis que consumen diariamente. Como se mencionó, la adherencia será de acuerdo al número de medicamentos y dosis. (Rolnick, Pawloski, Hedblom, & al., 2013)

El tiempo que dure la diabetes tipo 2 tiene una relación inversa con la adherencia. Con más años de enfermedad, menos posibilidad hay que siga las recomendaciones del médico.

El tratamiento intensivo aplicado por un equipo multidisciplinario de diabetes, a asistencia ambulatoria brindada por un servidor de la salud primaria. La adherencia también puede verse afectada por el entorno en el cual se recibe la atención; el costo de la misma es una barrera principal para el acceso, por esto se ha visto menor grado de cumplimiento y adherencia en personas de bajo nivel socioeconómico.

Para tener un apropiado control en usuarios con esta patología y evitar dificultades frecuentes de ésta enfermedad, éste debe cumplir debidamente las indicaciones administradas por el médico endocrinólogo. Algunas variables asociadas a la adherencia, son: la edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión, y abuso del alcohol.

La edad del paciente está relacionada con variaciones en la adherencia a los regímenes de actividad física: ésta va a ser mayor en adultos jóvenes (Alberti, Boudriga, & Nabli, 2007).

Respecto al automonitoreo de la glucemia y autocuidado, está demostrado que las personas con edad avanzada pueden practicarlo mejor que los más jóvenes, mientras otros afirman que el cumplimiento de un tratamiento va decreciendo con la edad.

Se ha encontrado que hay varias causas por las cuales se dificulta la adherencia de los diabéticos a su tratamiento; el sexo del paciente influye tanto en la realización de ejercicios físicos siendo mayor en el sexo masculino, como en el seguimiento de la dieta siendo mayor en las mujeres. (Fowler, 2008)

Los hombres son más activos físicamente que las mujeres, pero también consumen más calorías, comen más alimentos inapropiados y presentan niveles inferiores de apego a

la medicación. Las mujeres presentan menor adherencia debido a que son domésticas y dedican mayor tiempo a la familia y menos a su autocuidado. (Mathew, Gucciardi, Melo, & Barata, 2012)

El cansancio y los problemas emocionales como depresión y ansiedad, también se correlacionan con la terapéutica. En un estudio el estrés se asociaba significativamente con dos aspectos del régimen alimentario: la cantidad y dieta. (Alberti, Boudriga, & Nabli, 2007)

Lo que fue confirmado con otros estudios que muestran que los enfermos con depresión tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones de la diabetes, tener peor control glucémico y adherirse menos a los comportamientos de autocuidado que quienes no están deprimidos (Hankonen, 2011).

El medio en que vive el usuario influye en la adherencia, referente a conocimientos, creencias, emociones y experiencias que tiene con respecto a su patología. Así, ellos comprenden mejor su enfermedad, creen que el tratamiento es seguro, que los beneficios superan los costos, y que si tienen éxito con la terapia, van a presentar un mejor al tratamiento. Contrario a esto, aquellos que piensan que los remedios no son efectivos, que creen no necesitar terapia alguna, muestran bajos niveles de enlace.

Los comportamientos de autocuidado más importantes son: la habilidad para seguir una buena dieta, hábitos saludables. Según el estudio de (Hankonen, 2011), indica que la ingesta de alcohol dentro de los 30 días previos se asoció con la adherencia deficiente al régimen alimentario, al automonitoreo de la glucemia y a los medicamentos orales.

El abuso, tanto del tabaco como del alcohol es un factor que complica la adaptación al nuevo tratamiento. Se han encontrado factores interpersonales que tienen relación importante con la adherencia terapéutica del usuario, entre las cuales se tiene el apoyo social, del equipo médico y organización. (Inzucchi, Bergenstal, Buse, & al., 2009).

Las relaciones familiares son de gran importancia para el diabético; ya que buenas relaciones dentro y fuera del hogar, en lo laboral están asociados con un mejor régimen de

adherencia. Mayores grados de apoyo social, en particular con los cónyuges y otros miembros de la familia, ocasionan un mejor régimen de apego. (Hankonen, 2011)

Una buena comunicación entre el paciente y el equipo de salud, provoca un apego rotundo en la administración de agentes hipoglucemiantes orales, auto monitoreo de la glucosa, control de peso y mejor control en dieta.

La preocupación, motivación del profesional y educación continua que brinde a los pacientes, son factores cruciales en la adherencia. Además, se ha justificado que muchos factores organizacionales ejercen control en el cuidado, la existencia de clínicas de diabetes estructuradas, uso de guías prácticas educativas. (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013)

También es importante que el usuario reciba información de un equipo multidisciplinario calificado, ya que la adecuada educación sobre hemoglobina glucosilada y mejor apego al tratamiento farmacológico. (Lin & Ciechanowski, 2008, págs. 17-19)

Existen también sistemas ambientales que intervienen en los diabéticos y evitan una correcta adherencia. Incluyen sistemas económicos, agrícolas, políticos, de salud, geográficos, ecológicos y culturales. Los cambios en los sistemas económicos y políticos incluyen mayor disponibilidad de comidas rápidas de bajo costo, hipergrasas, ricas en sal y calorías; la mecanización de los sistemas de transporte vinculado al exceso de peso en niños y adultos. Estos cambios han permitido que la mujer trabaje, lo que ha alterado, la composición familiar que tratan la selección y preparación de los alimentos. Por último existen sectores crecientes que pasan muchas horas por día en actividades sedentarias.

Las circunstancias asociadas con una defectuosa adherencia se han denominado condiciones de alto riesgo. Entre estas situaciones se encuentran: alimentarse excesivamente en respuesta a personas, lugares y emociones; así como las asociadas con peligro para integrar el consumo de alimentos según el contexto social, hora del día y lugar.

Las situaciones de peligro que más se relacionan con adherencia alimentaria deficiente, se incluyen alimentarse por emociones negativas, tentación de recaída,

encontrarse frente a comidas prohibidas, presión de tiempo, competencia de otras prioridades, comer fuera, eventos sociales, falta de planificación, rechazo a dieta, y tener antojos en casa al estar solo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

INDEPENDIENTE: Diabetes Mellitus tipo II

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.	Características sociodemográficas	Edad	30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 y más años
			Género	Masculino Femenino
			Estado Civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
			Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior Ninguna
			Ocupación	Empleado Desempleado Jubilado Otros
			Complicaciones generadas por la enfermedad	Ceguera Amputación Insuficiencia renal Problema cardiológico Problema dermatológicos

Factores psicosociales	Son alteraciones que afectan al paciente en los niveles, cognitivo, conductual y el afectivo	Características psicosociales	Tiempo de enfermedad	< 4 año 5 - 10 años 11 años y más
			Estado emocional del paciente	Estrés Depresión Baja autoestima
			Apoyo en su patología	Siempre – Rara veces – Nunca ONG Familiar Institucional Otros
			Conocimiento de la enfermedad	Poco Medianamente Nada
			Régimen de alimentos	Bueno Regular Malo
			Estilo de afrontamiento	Resignación Rechazo a la enfermedad Apego al tratamiento
			Percepción de apoyo social	Inutilidad Desamparo Desesperación Sentimientos de culpa
			Pertenece a algún grupo de diabéticos	Pertenece No pertenece
			Ingreso económico	Básico 367 Regular 280 Alto 1000 y mas

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Este estudio es investigativo-no experimental, descriptivo y de campo porque a través de la población en estudio se determinó los factores psicosociales; evidencia la adherencia al tratamiento en la población con diabetes mellitus tipo 2.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el de Salud Municipal

Línea de Investigación:

Factores de riesgo para la salud.

Universo

La población está conformada de 72 pacientes con diabetes mellitus tipo 2; de los cuales corresponde a 30 mujeres y 42 hombres que son atendidos en el centro de salud Municipal durante Septiembre/2015-Febrero/2016.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó el método descriptivo analítico, lo que permitió proceder a la recolección de datos de cada paciente mediante una ficha de recolección de datos utilizando las historia clínicas de pacientes con esta patología y encuestas directas a los usuarios con esta patología que acuden al Centro de Salud Municipal.

Técnicas:

Encuesta dirigida a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud la Municipal, y el instrumento es el formulario de preguntas estructuradas.

Observación de campo directa, se fue directo a la población establecida con su diagnóstico respectivo, mediante una observación no estructurada.

RECURSOS HUMANOS.

Investigadoras

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Personal del Centro de Salud Municipal

Tutor del trabajo de titulación

RECURSOS TÉCNICOS Y LOGÍSTICOS

Revisión de historias clínicas

Encuestas

Observación

RECURSOS HUMANOS.

Investigadoras

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Personal del Centro de Salud Municipal

Tutor del trabajo de titulación

RECURSOS TÉCNICOS Y LOGÍSTICOS

Revisión de historias clínicas

Encuestas

Observación

RECURSOS MATERIALES

Computador

Flash Memory

Textos

Folletos

Revistas

Web

RECURSOS INSTITUCIONALES.

Universidad Técnica de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Enfermería

Centro de Salud Municipal

CAPÍTULO IV

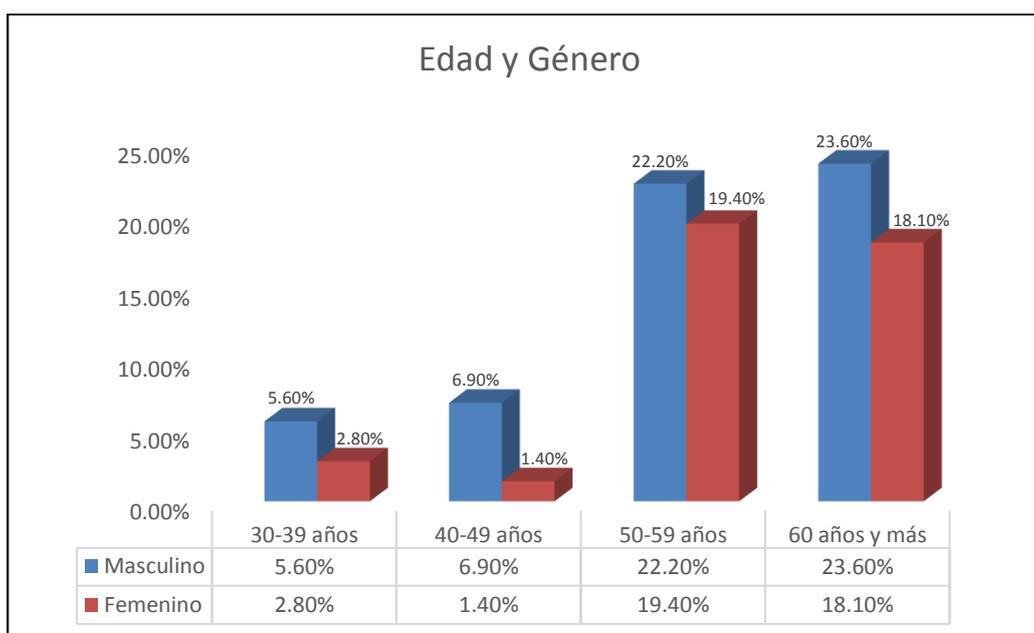
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tabla 1

Edad y género de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Edad	Género		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
30-39 años	4	5,6	2	2,8	6	8,3
40-49 años	5	6,9	1	1,4	6	8,3
50-59 años	16	22,2	14	19,4	30	41,7
60 años y más	17	23,6	13	18,1	30	41,7
Total	42	58,3	30	41,7	72	100,0

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

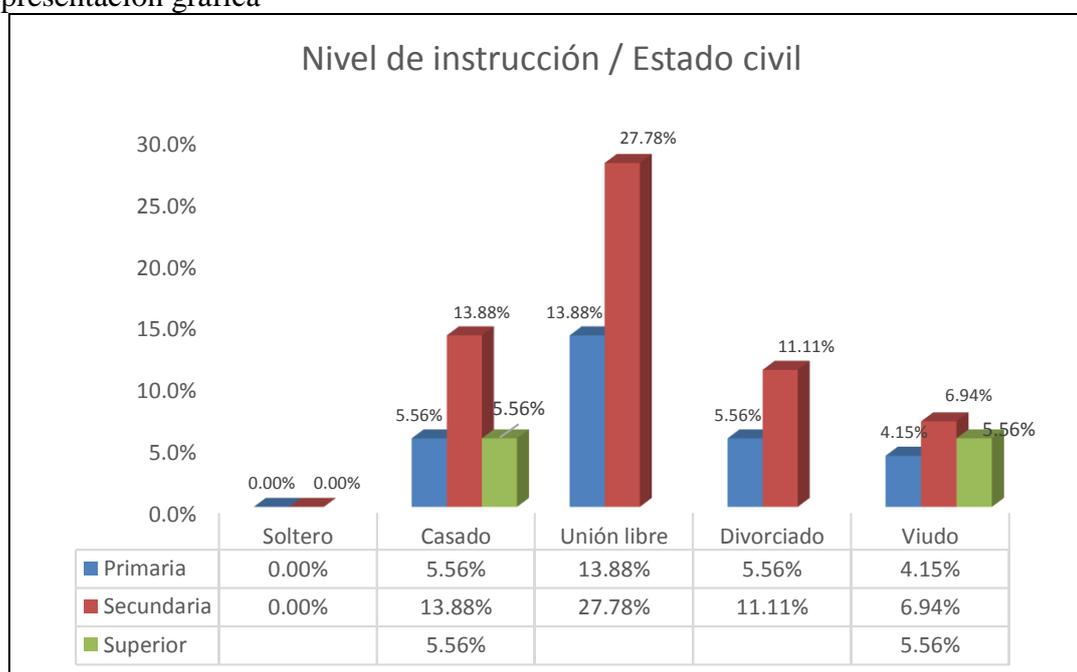
Con los resultados de la aplicación de la encuesta se observó que el 24% de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Municipal son de género masculino y tienen más de 60 años, quienes a su vez son los que reinciden en una mala adherencia al tratamiento, por factores psicosociales como la falta de apoyo familiar, de recursos económicos y el estado emocional en el cual se encuentra el paciente y, en menor escala con un porcentaje del 1.4% del género femenino con edad de 40 y 50 años son menos propensas a abandonar el tratamiento. La Asociación de Diabetes menciona que el aumento en la prevalencia de diabetes mellitus conforme aumenta la edad, con prevalencia mayor en los grupos de 60 a 74 años. (Rodríguez-Saldana & CB., 2010).

Tabla 2

Estado civil/nivel de instrucción de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Estado civil \ Nivel de instrucción	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Soltero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Casado	4	5,56	10	13,88	4	5,56	18	25,00
Unión libre	10	13,88	20	27,78	0	0,0	30	41,67
Divorciado	4	5,56	8	11,11	0	0,0	12	16,67
Viudo	3	4.15	5	6.94	4	5,56	12	16,67
Total	21	29.17	43	59.72	8	11.12	72	100,00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

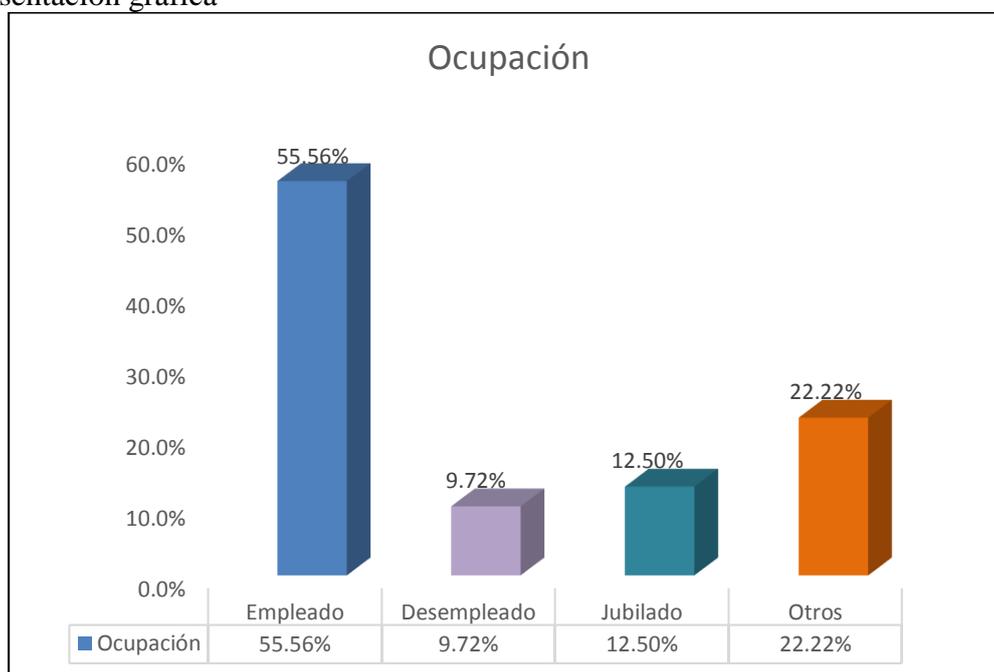
Con los resultados de la aplicación de la encuesta se observó que el 27.78% de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Municipal están en unión libre y tienen como instrucción la secundaria; y, el 4.15% son viudos y con instrucción superior. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades (factores psicosociales), dirigiéndose casi siempre a su familia o personas cercanas en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que obtenga, influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, la falta de adherencia al tratamiento. Tener un bajo nivel de instrucción afecta la poca información que estos pacientes manejan acerca de su enfermedad, prevención de complicaciones y medidas terapéuticas. (Bautista Rodríguez & Zambrano Plata, 2015, págs. 131-148)

Tabla 3

Ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Ocupación	F	%
Empleado	40	55.56
Desempleado	7	9.72
Jubilado	9	12.50
Otros	16	22.22
Total	72	100.00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Llor Rosado

Análisis e interpretación:

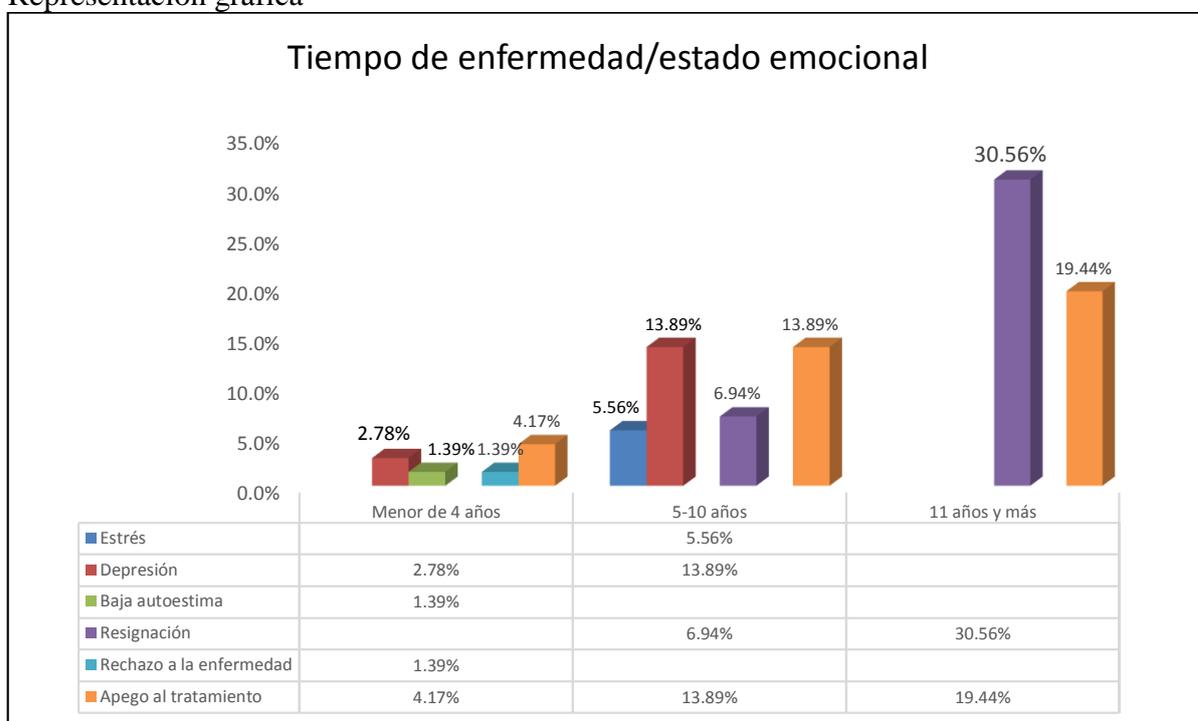
Con los resultados de la aplicación de la encuesta se observó que el 55.56% de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Municipal es empleado sean estos públicos o privados lo que hasta cierto punto se convierte en un problema a la hora de adherirse al tratamiento, ya que por falta de tiempo no acuden a los controles y no siguen las indicaciones del médico tratante; el 9.72% son desempleados y no perciben ningún tipo de ingreso convirtiéndose en un factor psicosocial negativo ya que no les permite continuar con el tratamiento.

Tabla 4

Tiempo de la enfermedad y estado emocional de los diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Tiempo de enfermedad	Estado emocional		Estrés		Depresión		Baja autoestima		Resignación		Rechazo a la enfermedad		Apego al tratamiento		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
	Menor de 4 años			2	2.78	1	1.39					1	1.39	3		4.17
5 – 10 años	4	5.56	10	13.89					5	6.94			10	13.89	29	40.28
11 años y más									22	30.56			14	19.44	36	50.00
Total	4	5.56	12	16.67	1	1.39	27	37.50	1	1.39	27	37.50	27	37.50	72	100.00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

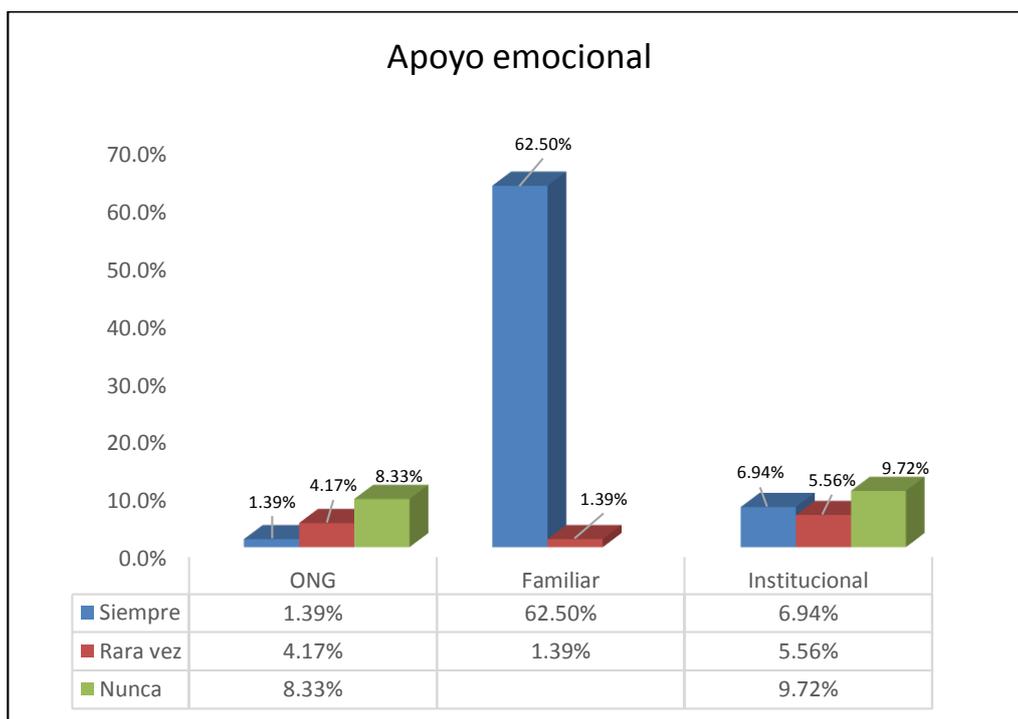
Con los resultados de la aplicación de la encuesta se observó que en aquellos pacientes que padecen la enfermedad de 11 años y más en un 30.56% ya se han resignado a esta patología, y, un 1.39% está dividido entre los que tienen menos de 4 años con este padecimiento presentan baja autoestima y rechazan la enfermedad; convirtiéndose en un factor psicosocial negativo a la hora de adherirse al tratamiento. La diabetes es una enfermedad que no todos la asimilan de la misma manera, a cada usuarios que asiste al Centro de Salud Municipal la afronta de una manera diferente, es así que generalmente se estresan, se deprime o presentan una baja autoestima, mientras que hay otros que la rechazan, se resignan y continúan el tratamiento. Los estudios han demostrado que, en comparación con los hombres, las mujeres tienden a tener más amigos cercanos y recibir y proporcionar más ayuda emocional. (Hankonen, 2011)

Tabla 5

Tipo de apoyo emocional recibido por los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Apoyo	Siempre		Rara vez		Nunca		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ONG	1	1.39	3	4.17	6	8.33	10	13.89
Familiar	45	62.50	1	1.39			46	63.89
Institucional	5	6.94	4	5.56	7	9.72	9	12.50
Total	51	70.83	8	11.11	13	18.06	72	100.00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

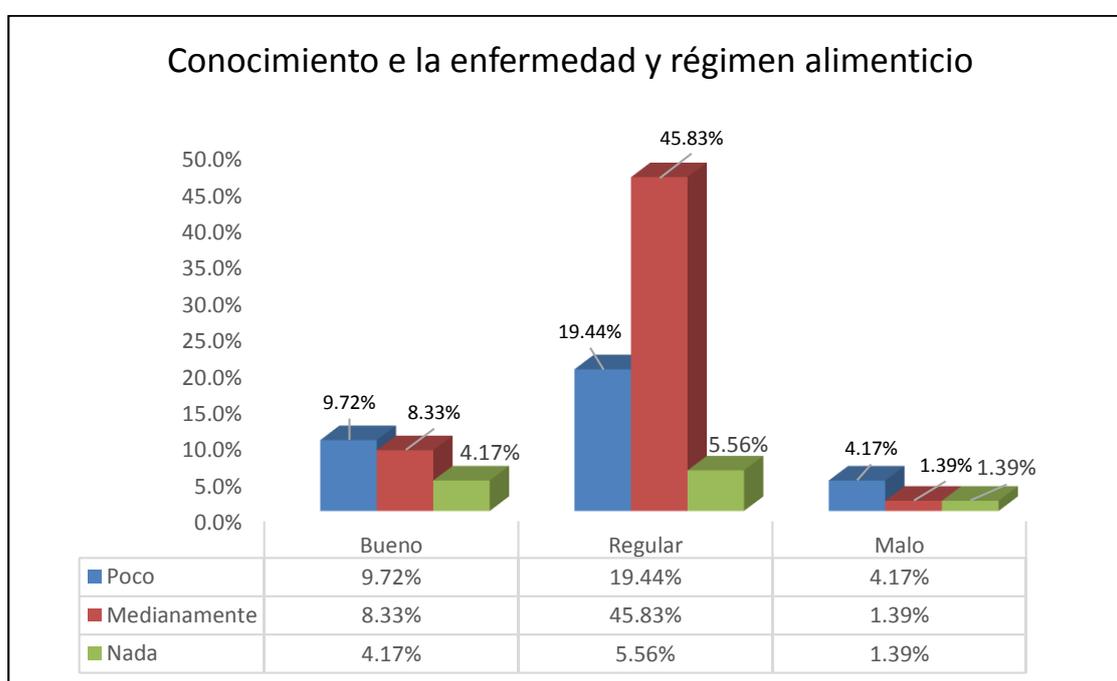
Con los resultados de la aplicación de la encuesta se observó que el 62.50% de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Municipal reciben apoyo familiar desde el diagnóstico de la enfermedad, un 5.56% rara vez recibe ayuda institucional y un 1.39% siempre recibe apoyo de la ONG y de igual manera con el mismo porcentaje ha usuarios que nunca han recibido ayuda de alguien de la casa; pero principalmente debe de contar con el absoluto apoyo de la familia, ya que es aquí donde se sienta la base para que un paciente pueda adherirse al tratamiento. Tal como lo sugiere (Hankonen, 2011), al manifestar que las relaciones familiares juegan un papel importante en el manejo de la diabetes; se ha demostrado que los niveles bajos de conflicto, los altos de cohesión y organización, y buenos patrones de comunicación están asociados con un mejor régimen de adherencia. Mayores grados de apoyo social, en particular los relacionados con la diabetes de los cónyuges y otros miembros de la familia, se asocian con un mejor régimen de apego.

Tabla 6

Conocimiento de la enfermedad y régimen alimenticio de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Conocimiento de la enfermedad \ Régimen alimenticio	Poco		Medianamente		Nada		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	7	9.72	6	8.33	3	4.17	16	22.22
Regular	14	19.44	33	45.83	4	5.56	51	70.83
Malo	3	4.17	1	1.39	1	1.39	5	6.94
Total	24	33.33	40	55.55	8	11.11	72	99.99

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

Con los resultados de la aplicación de la encuesta se observó que el 45.83% de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Municipal tienen un régimen alimenticio regular, pero en cuestiones de conocimiento sobre la enfermedad es medianamente conocida; el 1.39% no tiene ningún tipo de conocimiento y lleva un régimen alimenticio malo. Los resultados denotan que una mala alimentación y no poseer información suficiente sobre la enfermedad de diabetes tipo 2, se convierte a largo plazo en un factor psicosocial negativo repercutiendo en una mala adherencia del tratamiento.

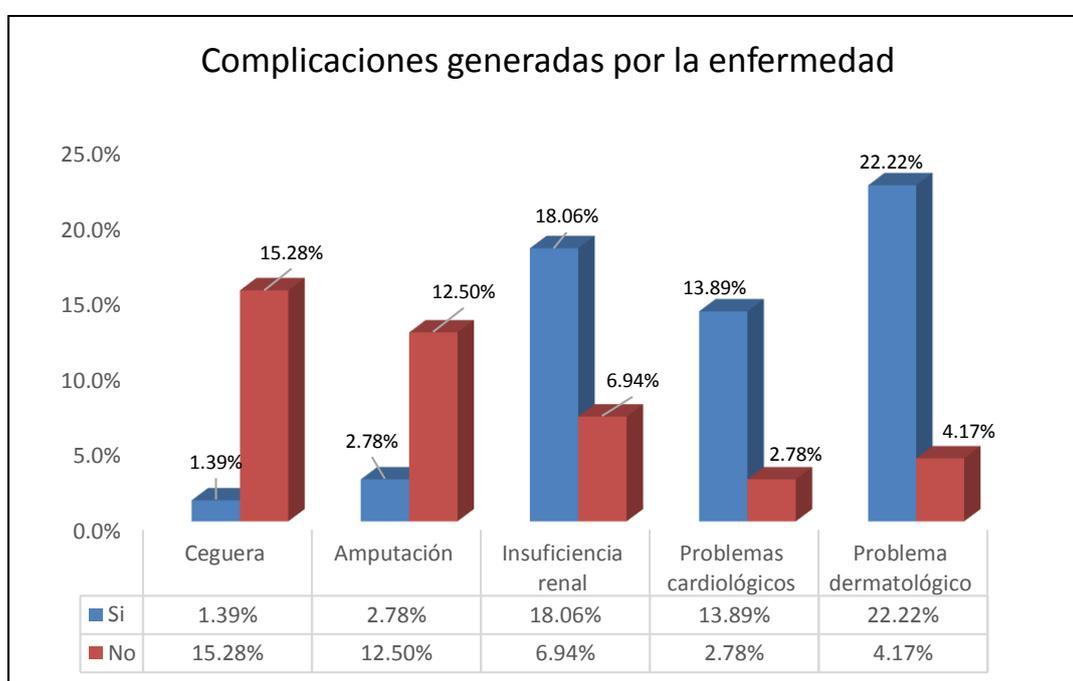
También se ha demostrado que es importante que el paciente reciba información de un equipo multidisciplinario calificado, ya que la adecuada educación de nutrición clínica se ha asociado a mejores resultados de glucosa, así como mejor apego al tratamiento farmacológico. (Lin & Ciechanowski, 2008, págs. 17-19)

Tabla 7

Complicaciones física generadas en los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Complicaciones generadas por la enfermedad	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ceguera	1	1.39	11	15.28	12	16.67
Amputación	2	2.78	9	12.50	11	15.28
Insuficiencia renal	13	18.06	5	6.94	18	25.00
Problemas cardiológicos	10	13.89	2	2.78	12	16.67
Problema dermatológico	16	22.22	3	4.17	19	26.38
Total	42	58.34	30	41.67	72	100.00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

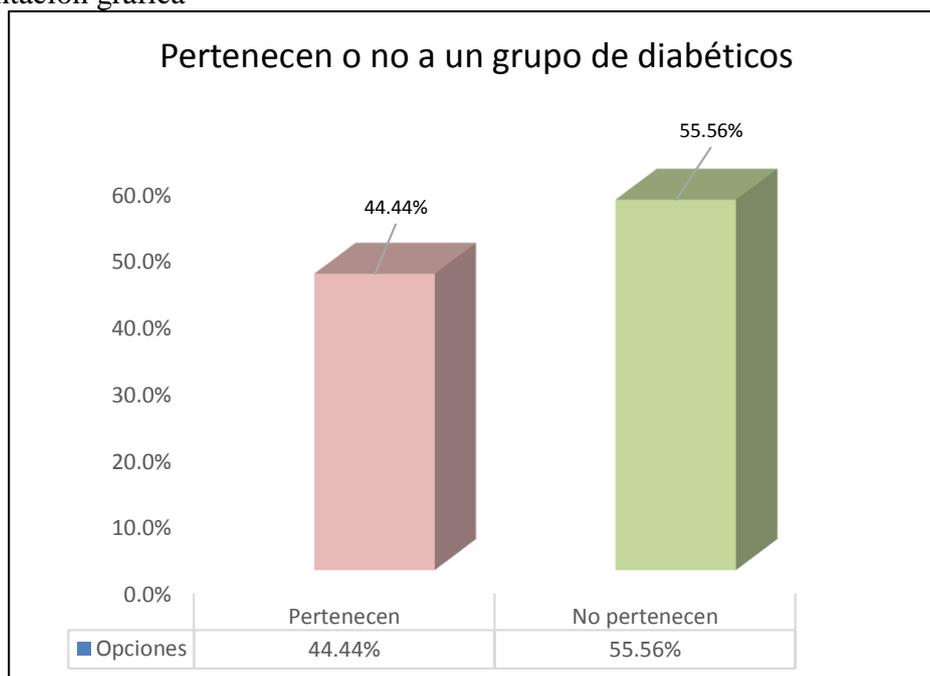
Del 100% de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Municipal, un 58.34% ha presentado algún tipo de problema generada por la diabetes tipo 2 como son el 22.22% problemas dermatológicos, un 18.06% insuficiencia renal, un 13.89% problemas cardiológicos, un 2.78% amputación y un 1.39% ceguera momentánea, mientras que el 41.67% no ha tenido ningún tipo de inconveniente por la enfermedad. Hay que tener presente que no seguir con el tratamiento, no tener una buena alimentación provoca que se desencadene otro tipo de enfermedades producto de la no adherencia al tratamiento, debido a muchos factores psicosociales entre ellos el principal bajos ingresos económicos y carencia de apoyo familiar.

Tabla 8

Los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal, pertenecen a algún grupo. Sept/2015-Febrero/2016.

Pertenecen a grupos	F	%
Pertenece	32	44.44
No pertenece	40	55.56
Total	72	100.00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos
Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

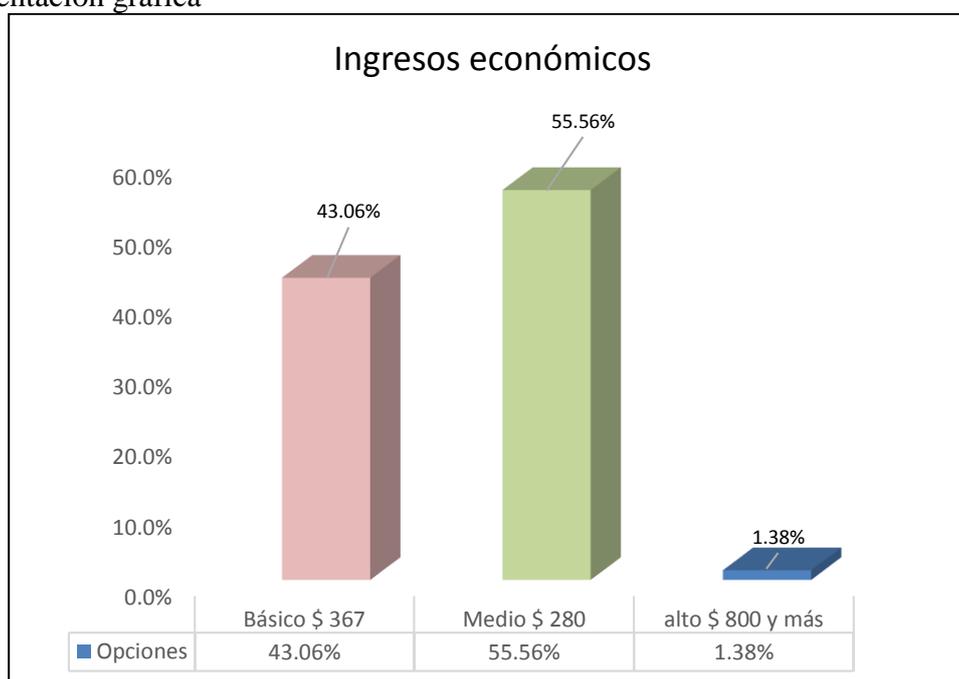
De los resultados obtenidos de la encuesta se observa que un 55.56% no pertenecen a un grupo de diabéticos y un 44.44% si pertenecen. Este tipo de grupos ayuda de manera positiva al paciente con diabetes tipo 2, ya que les brinda la facilidad de aceptar, de asimilar y hacer positiva la adherencia a un tratamiento y que este sea favorable para la salud del usuario, y por ende a mejorar el nivel psicosocial del mismo. Este apoyo estará asociado con una mejor adherencia al tratamiento; con niveles adecuados de indicadores objetivos de control metabólico como la hemoglobina glucosilada y la glucosa sérica, facilitará la adaptación del paciente a la enfermedad y puede modular sus efectos negativos del estrés ambiental en el nivel de glucosa en sangre. (Bezanilla & Virseda H, 2014, pág. 119)

Tabla 9

Ingresos económicos de los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre 2015/ Mayo2016.

Ingresos económicos	F	%
Básico \$ 367	31	43.06
Medio \$ 280	40	55.56
Alto \$ 800 y más	1	1.38
Total	72	100.00

Representación gráfica



Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos

Elaboración: Vanessa Chilán Rivas/Ma. Belén Loor Rosado

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos un 55.56% perciben un ingreso mensual de 280 dólares, un 43.06% reciben un ingreso básico de \$ 367, y una minoría de los pacientes encuestado el 1.38% percibe más de \$ 800 dólares mensuales. Este ingreso se convierte en un factor predominante para la adherencia del tratamiento de una persona con diabetes tipo 2, ya que del ingreso que reciban depende llevar un buen tratamiento, logrando así llevar un nivel psicosocial adecuado y apto para no caer en depresión o una baja autoestima.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

A través de los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el Centro de Salud Municipal del cantón Portoviejo, se concluye la investigación de la siguiente manera:

De acuerdo al género se pudo verificar que esta patología prevalece más en el género masculino con un 58.3% en edad correspondiente a 60 años y más, siendo esta una de las causas que repercuten en la adherencia al tratamiento, recalcando que los factores psicosociales como la carencia de apoyo familiar, bajos ingresos económicos y estado emocional provocan el abandono del mismo y por ende la complicación de la enfermedad.

De la misma manera un 59.72% de los pacientes diabéticos tienen un nivel de educación secundario, lo que repercute a la adherencia al tratamiento pues esto influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica

En lo referente al tiempo que padecen esta enfermedad el 30.56% tienen de 11 años y más, quienes con el paso del tiempo se han resignado a esta patología y se han adherido de manera positiva al tratamiento en un 19.44%; así también se nota en quienes tienen de 5 a 10 años con diabetes mellitus tipo 2 que registran un alto grado de depresión en un 13.89%, lo que se convierte en un factor psicosocial que influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento.

En lo relacionado al apoyo emocional el 70.83% han recibido ayuda de organizaciones como son la ONG, familiar e institucional; mientras que un 18.06% nunca han recibido apoyo de la ONG o a nivel institucional, lo que en mucho de los casos los han llevado a abandonar el tratamiento, desmejorando su salud y complicando el cuadro diabético.

El 55.55% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en el Centro de Salud Municipal poseen medianamente un conocimiento sobre la patología, el 45.83% llevan una alimentación regular; es evidente que estos resultados denotan la falta de información que

existe sobre la diabetes de manera general, lo que a su vez conlleva a una mala adherencia al tratamiento.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el Centro de Salud Municipal en un 55.56% no pertenecen a ningún tipo de grupo (club de diabéticos), lo que se debe a la falta de información e incentivo, o por el tipo de trabajo que realiza, a la falta de recursos económicos y apoyo de algún miembro de la familia, siendo así notorio el no seguir con el tratamiento.

En cuanto al salario que perciben los y las pacientes que acuden al Centro de Salud Municipal en un 55.56% tienen un ingreso medio de \$ 280.00, lo que se convierte en un factor de riesgo, ya que al no disponer de los medios económicos suficientes para cubrir con los gastos que demanda el tratamiento, tienden a abandonar el mismo.

Además se concluye el trabajo haciendo énfasis en la socialización de estrategias socioeducativas a través de charlas dirigidas a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Municipal y la entrega de trípticos, recalando que se concientizo a los asistentes sobre lo importante que es pertenecer en grupos que padezcan la misma enfermedad, a solicitar ayuda familiar o a instituciones que puedan brindarle para poder superar los factores psicosociales que en mucho de los casos son los causantes de una mala adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos, es importante recomendar:

A la Universidad Técnica de Manabí, ya que mediante este tipo de investigaciones relacionadas con factores psicosociales de la falta de adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2, se amplíen a otros grupos y se sistematicen de manera que se puedan generar políticas en el manejo de una patología que tiene las características de un problema de salud pública.

A los miembros de las Unidades de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, que realicen un seguimiento a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para que mantengan un alto nivel de adherencia, trabajando en la relación paciente-familia e institución-profesional de la salud.

Que se busque estrategias de seguimiento y compromiso con el usuario para la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Al Equipo del Centro de Salud Municipal, que planifiquen la realización de visitas domiciliarias, con la finalidad de lograr que el paciente se adhiera totalmente al tratamiento, para de esta manera mejorar la calidad en la atención brindada al usuario y por ende en la calidad de vida.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

PROPUESTA: Socialización de estrategias socio-educativas a través de charlas y entrega de trípticos sobre factores psicosociales y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos el Centro de Salud Municipal.

TEMA: Mejorar la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Municipal.

RESPONSABLE:

Chilán Rivas Vanessa Jacqueline

Rosado Loor María Belén

LUGAR:

Centro de Salud Municipal

FECHA:

7 de septiembre del 2016

DIRIGIDO A:

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el Centro de Salud Municipal, del cantón Portoviejo.

INTRODUCCIÓN

En el 2013 la diabetes afectó a nivel mundial a unas 383 millones de personas, de las que 56,3 millones eran europeos. En occidente es la primera causa de retinopatía, enfermedad renal y amputación de pie. La alta incidencia en países Europeos se atribuye al envejecimiento poblacional y a los cambios en los estilos de vida hacia una dieta hipercalórica y una reducción del ejercicio físico que conllevan inexorablemente a un aumento porcentual de los casos de obesidad en la población y, por tanto, una influencia directa en el aumento del porcentaje de pacientes diabéticos.

Como consecuencia de las complicaciones de su enfermedad, los diabéticos tienen una mayor morbimortalidad que los no diabéticos. Así, por ejemplo, el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares es 2 a 4 veces superior que en un no diabético. Cabe destacar que la condición de padecer diabetes, incrementa la gravedad de cualquier estadio de enfermedad aterosclerótica.

En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el impacto sanitario debe englobar el gasto económico de los pacientes y sus familias, la pérdida de productividad laboral debido a días perdidos por complicaciones, así como la discapacidad y mortalidad mayores asociadas a esta enfermedad. Hay que considerar que estos usuarios en etapa inicial de la diabetes tienen una mayor demanda de egresos, ya que suelen presentar estadios avanzados de la enfermedad asociados a complicaciones ya establecidas en la misma.

Respecto a la actuación sanitaria frente a este problema de salud, el control glucémico ha demostrado reducir las complicaciones microvasculares de la enfermedad pero se ha constatado que el mayor beneficio para obtener una evolución buena de la enfermedad es el control de la obesidad, el tabaquismo, la dislipidemia y la hipertensión arterial. Por ello, los objetivos propuestos en la estrategia de 2012 del Sistema Nacional de Salud (SNS) son los de disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física, incrementar el consumo de fruta y verdura, mejorar el conocimiento en la población sobre diabetes y el de promover la lactancia materna.

La presente propuesta pretende mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en el Centro de Salud Municipal, para que a través de la misma se logre concientizar a esta población y pueden obtener una mejor calidad de vida.

La identificación de esta necesidad de elaborar material de educación sanitaria impartida por el colectivo enfermero proviene de la experiencia personal asistencial adquirida por las autoras de esta investigación.

El enfermero realiza el seguimiento del paciente crónico, pautando las visitas de los pacientes con DM2 y realizando la evaluación de la progresión de la enfermedad así como

educando al paciente en las diferentes etapas de la misma para evitar que abandone el tratamiento. Por ello, se considera útil la elaboración de material básico a entregar al paciente que sustenta por escrito la información oral recibida por el mismo.

JUSTIFICACIÓN

La diabetes constituye un importante problema de salud pública, por su alta prevalencia, morbi-mortalidad y elevado volumen de recursos sanitarios que consume. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad compleja, caracterizada por un defecto relativo de insulina y aumento de la resistencia a su acción, siendo el tipo de trastorno más frecuente. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa, por lo que puede pasar desapercibida durante largos periodos de tiempo. Está muy ligada a la edad avanzada y al sobrepeso.

La eficiencia en el tratamiento de la diabetes precisa no solo un abordaje terapéutico correcto, sino también una adecuada organización de la atención (protocolos, sistemas de registros, programas de calidad) y una actuación coordinada entre atención primaria y en hospitalaria.

Los equipos de Atención Primaria tienen una posición centrada en el cuidado de las personas con diabetes. La accesibilidad, continuidad e integración de su asistencia, permiten, con una visión de equidad, generalizar la mejora del control y tratamiento de la enfermedad, la detección precoz de complicaciones y promover la enseñanza del autocuidado a un mayor número de personas con diabetes, con independencia del lugar geográfico de residencia.

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

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético, mejora el control metabólico y reduce las complicaciones agudas y crónicas y la hospitalización. Las personas con diabetes, utilicen o no insulina, tienen que asumir la

responsabilidad del control diario de su enfermedad; por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo tratarla.

“La Educación no es una parte del tratamiento de la diabetes, es el tratamiento mismo”. La educación terapéutica constituye, pues, la base fundamental para el manejo de la diabetes. Las nuevas estrategias se dirigen al cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo; empoderamiento del mismo y de la comunidad para actuar en defensa de su salud. La promoción de la salud, desde la intervención educativa, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoran la calidad de vida.

La presente propuesta es de vital importancia, ya que una buena adherencia al tratamiento depende en gran parte de la calidad y cantidad de información que el usuario posea de ella.

OBJETIVOS

General

Hacer conciencia entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sobre la importancia que tiene la adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida del usuario y de los familiares.

Específicos:

Conseguir una mayor comprensión y adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Promover en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 un estilo de vida basado en conductas alimenticias saludables y el ejercicio físico regular.

CONTENIDO

Propuesta de recomendaciones nutricionales en diabéticos tipo 2

Actualmente, se continúa empleando la pirámide alimenticia como referencia nutricional y como representación gráfica de una alimentación equilibrada. Partiendo de

que esta herramienta recoge correctamente las nociones básicas que fundamentan una nutrición adecuada, su aplicación práctica sigue siendo dificultosa. A la población general y, especialmente a la diabética, le resulta costoso elaborar menús semanales a partir de esta figura de la pirámide, así como estimar las raciones adecuadas.

A la hora de cuantificar los alimentos, se acostumbra a emplear la báscula para calcular el peso de estos. La medición tan estrecha de los alimentos previa a las comidas, genera ansiedad en los pacientes. De modo que la gran mayoría, dejan de emplear este instrumento y, en muchas ocasiones, la dosificación de ciertos nutrientes y el cálculo de cantidad de los grupos alimenticios no son acertados.

Por lo expuesto anteriormente, las propuestas prácticas y sencillas de la Asociación Canadiense de Diabetes, simplifican la tarea del paciente a la hora de escoger los alimentos y cantidades adecuadas en cada comida. Progresivamente, estas recomendaciones se promueven en diferentes países que los de origen de las mismas. Por ello, la propuesta del folleto educativo para los pacientes diabetes mellitus tipo 2, en materia de nutrición, recoge las pautas nutricionales propuestas por las organizaciones internacionales citadas.

La herramienta educativa propuesta, debe fundamentarse con un programa educativo en materia de nutrición impartido por profesional enfermero. El folleto recoge de manera sintética y esquemática, las propuestas prácticas que el paciente deberá tener presentes a la hora de preparar la comida.

Propuesta pautas ejercicio físico en diabéticos tipo 2

Como profesionales de la salud, para emplear con los pacientes la herramienta educativa que se propone, se deben tener en cuenta unas consideraciones previas.

Tal y como recomienda la Sociedad Francesa de Cardiología, ciertos pacientes diabéticos deben realizarse un control de esfuerzo cardiaco antes de comenzar a realizar ejercicio físico regular. Esta valoración específica estaría indicada en:

1. Pacientes cuya diabetes lleva instaurada 10 o más años y el paciente tiene, por lo menos, dos factores de riesgo cardiovascular.
2. Independientemente de los factores de riesgo y la edad:

- a. En aquellos pacientes que presenten arteriopatía en extremidades, ateroma carotídeo y/o un historial de enfermedad cerebrovascular.
- b. en pacientes con proteinuria o afectación renal.
- c. en pacientes con al menos dos factores de riesgo y microalbuminuria.

Propuesta de mejora

Haciendo referencia a la tabla de ejercicio físico propuesta para este tipo de pacientes, ésta deberá ser entregada al paciente de forma directa por profesionales de enfermería junto a la explicación oral de la misma. Así, el paciente deberá comprender las recomendaciones estándar de ejercicio físico aconsejadas para su enfermedad y tomar la herramienta que se le entrega como una pauta de referencia que le facilitará implantar estas recomendaciones en su vida cotidiana.

Junto a esto, se deberá hacer hincapié en las precauciones que el paciente diabético tiene que tener a la hora de realizar actividad física (las cuales se encuentran resumidas en la cabecera de la propuesta).

Se entregará al paciente la tabla de ejercicios y se puntualizará que, en caso de no constar de podómetro para medir la velocidad cuando camine, puede orientarse por sensaciones (intensidad moderada o intensa que se explican en la propia tabla). Además, la referencia que se hace en la tabla de ejercicios de fuerza a las mancuernas, puede ser sustituida por una botella de agua de 250 cc llena, que equivaldría a un peso de 250 g (recomendado para este entrenamiento).

Antes de establecer objetivos conjuntos con el paciente en materia de ejercicio físico, la enfermera tendrá el papel motivador ante el mismo. Para ayudar al logro de las metas planteadas, se adjunta junto a la tabla, un breve cuestionario que hará que el paciente recoja dudas, barreras acontecidas, objetivos logrados o a mejorar, entre otras, que facilitarán el seguimiento sanitario del estilo de vida del paciente.

Durante las sucesivas consultas con el paciente al que se le entregue la tabla de ejercicio, será importante que éste traiga a consulta el cuestionario relleno y que se aborde en conjunto profesional-paciente el transcurso de la implantación de una vida activa. De esta manera, se corroborarán los progresos del paciente y se podrá reajustar el plan de

ejercicio personalizado a tiempo en caso necesario. Todo ello para alcanzar una intervención eficaz en vista a conseguir la meta sanitaria conjunta de promover e implantar estilos de vida saludables en el paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Propuesta pautas ejercicio físico en diabéticos tipo 2

PAUTAS DE EJERCICIOS DE FUERZA PARA PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

Para el tratamiento de los pacientes de fuerza, se realizaron los siguientes cuestionarios en la especialidad de diabetes, hipertensión, obesidad, colesterol, diabetes, hipertensión y...

Objetivo:
 De la realización de este tipo de ejercicios (de resistencia) se espera que los pacientes con diabetes tipo 2 logren mejorar su capacidad de resistencia y su capacidad de fuerza muscular.

1 sesión de 11 repeticiones: Descartando 1 sesión para cada sesión.

En pacientes de resistencia, se debe comenzar la sesión en la posición de partida, se debe realizar un calentamiento de 5 minutos en la posición de partida, se debe realizar un calentamiento de 5 minutos en la posición de partida y se debe realizar un calentamiento de 5 minutos en la posición de partida.

1 sesión de 11 repeticiones con cada paciente.

De ser con los pacientes hipertensos, se espera que los pacientes con hipertensión logren mejorar su capacidad de resistencia y su capacidad de fuerza muscular.

1 sesión de 11 repeticiones: Descartando 1 sesión para cada sesión.

Con estos los pacientes con hipertensión se espera que los pacientes con hipertensión logren mejorar su capacidad de resistencia y su capacidad de fuerza muscular.

1 sesión de 11 repeticiones.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERÍA

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II.

MANOS A LA OBRA!!!!



E/E Chilán Rivas Vanessa J.
 E/E Rosado Loo Ma. Belén

**CREA TU PLATO DE LA
ASOCIACIÓN AMERICANA
DE DIABETES PARA DIABÉTICOS
TIPO 2**

1. Espinaca, zanahoria, lechuga, col, vainas, brócoli, coliflor, tomates, jugo de vegetales, salsa, cebolla, pepino, remolacha, champiñones, pimientos, nabo.
2. Pollo o pavo sin piel, pescado como atún, salmón, bacalao, hígado o bacalao, mariscos como camarones, almejas, ostras, cangrejo o mejillones, cortes negros de carne o cerdo como solomillo o lomo, tofis, huevos, queso con bajo contenido de grasa.
3. Pan integral de trigo o centeno, cereal de grano integral y alto contenido de fibra, cereal cocido como avena, sémola de maíz, crema de trigo, arroz, fideos, sopa de lentejas, tortillas, menestras de arvejas cocidas como judía, pintos o de carta, patatas, arvejas, maíz pallares, batata, bocca-
to, camote o calabaza, galletas o patatas con bajo contenido de grasa, palomitas de maíz sin grasa.
4. Una pera de fruta o 1/2 taza de ensalada de fruta, fruta fresca, congelada, enlatada con jugo o aburber diluido.
5. Un vaso de leche descremada u otra porción pequeña de carbohidratos como un yogurt light o un panecillo pequeño.



Tamaños orientativos de las raciones individuales de los alimentos tomando como referencia la mano de un adulto, según propuesta de la Asociación Canadiense de Diabetes

Medida	Descripción	Ración
	Puño	Pieza de fruta fresca Pieza de patata
	Pulgar	Aceite o mantequilla (punta del pulgar) Queso madurado (dedo entero)
	Dos dedos	Queso fresco
	Mano en forma de cuenco	Arroz (en fresco) Legumbres secas
	Mano semiextendida	Frutos secos
	Mano extendida	Carne/pescado frescos (mano entera excluyendo el pulgar) Carne/pescado cocinados (palma)
	Dos manos en cuenco	Verdura fresca

La falta de adherencia y la inercia terapéutica

Las causas de ambas son multifactoriales y, tras analizarlas, se han identificado los hechos que dificultan el seguimiento terapéutico. Entre ellos se encuentran:

1. La falta de información al paciente sobre los objetivos a alcanzar.
2. La escasa relación de comunicación entre profesional-paciente.
3. La dificultad de toma del tratamiento farmacológico y los efectos adversos del mismo.
4. El poco tiempo disponible en la consulta para informar y formar al paciente.
5. La falta de abordaje multidisciplinar.
6. Fortalecer la capacidad incentivadora de la



PLAN DE INTERVENCIÓN

TEMA: Mejoramiento en el tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2.

OBJETIVO: Mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en Centro de Salud Municipal.

AUDIENCIA: Pacientes diabéticos mellitus tipo 2 del Centro de Salud Municipal

RESPONSABLES: Chilan Rivas Vanessa Jacqueline y Rosado Loor María Belén

Contenidos	Actividades	Técnica	Tiempo	Recursos
Recomendaciones nutricionales en diabéticos tipo 2	Conferencias	Mesa redonda	25 minutos	Talento humano Egresadas de la Escuela de Enfermería
Ejercicios físicos en personas con diabetes mellitus tipo 2	Exposiciones demostrativas	Plenaria	20 minutos	Pacientes diabéticos tipo 2
Medidas preventivas de Diabetes mellitus tipo 2	Charla educativa	Lluvia de ideas	15 minutos	2

PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Horas de internet	35	1,00	35,00
Transporte	50	1,00	50,00
Resmas de papel bon	6	4,50	27,00
Impresiones Blanco y Negro	500	0,15	75,00
Impresiones a Color	250	0,50	125,00
Carpetas	5	0,30	1,50
Alquiler de computadora (horas)	30	1,00	30,00
Anillados	7	1,50	10,50
Empastados	4	8,00	32,00
Imprevistos	1	200,00	100,00
TOTAL			485,50

**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Tema del proyecto: Factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015 Mayo/2016.

Tutora de proyecto de titulación: Lcda: Rosa Navia González

Egresadas: Chilán Rivas Vanessa Jacqueline y Rosado Loor Vanessa Jacqueline

ACTIVIDADES	REUNIONES DE DICIEMBRE			REUNIONES DE JUNIO				REUNIONES DE JULIO					REUNIONES DE AGOSTO					REUNIONES DE SEPTIEMBRE		REUNIONES DE OCTUBRE	
	12 N	03	15	03	17	24	29	05	08	15	22	27	05	12	19	24	26	29	23		28
Presentación del proyecto de tesis	X																				
Aprobación del proyecto		X																			
Desarrollo de la tesis			X																		
1° Reunión: entrega del oficio del tutor				X																	
2° Reunión: entrega del primer borrador del anteproyecto					X																
3° Reunión: se recibe correcciones del anteproyecto						X															

análisis e interpretación de los cuadros estadísticos																				
12° Reunión: se recibe las correcciones de los análisis e interpretación de datos estadísticos.													X							
13° Reunión: se entrega conclusiones y recomendaciones. Se presenta toda la tesis culminada.													X							
14° Reunión: corrección de toda las tesis concluidas por parte de la Lcda Nora Gaviláñez														X						
15° Reunión: entrega las tesis con sus nueva correcciones a la revisora															X	X				
16° reunión: la revisora entrega informe de las últimas correcciones y se realizó sus respectivas correcciones.																	X			
ENTREGA DE LA TESIS																				X

BIBLIOGRAFÍA

- About. (08 de 10 de 2015). *Depresión y la diabetes*. . Recuperado el 21 de 08 de 2016, de About : <http://ladiabetes.about.com/od/Enfermedades-de-la-diabetes/a/Depresi-On-Y-Diabetes.htm>
- ADA. (2009). La salud, el tabaco y la diabetes. *Alexandria American Diabetes Association*.
- ADA. (2010). American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *DIABETES CARE*, 33(1).
- ADA. (2014). *Diabetes Care*(37), 80.
- Ahrén, B., & Islet, G. (2011). Rceptores acoplados a proteínas como dianas potenciales para el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Drug Discov*, 8-20.
- ALAD. (2013). *Guía ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia*. . Asociación Latinoamericana de Diabetes.
- ALAD. (05 de 2014). *Medicina Basada en Evidencia*.
- Alberti, H., Boudriga, N., & Nabli, M. (2007). Los factores asociados con la calidad de la atención de pacientes con diabetes. *Diabetes Care*(30:2013–2018).
- Alcolea, M. e. (2011). Recuperado el 21 de 06 de 2011, de Enfermería basada en la evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia.: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/f_metodologica/formet_52.pdf
- Álvarez, J. e. (2012). *Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI*. España: Miembros del Grupo de Crónicos, FAECAP.
- Arribas C, A. e. (2009). *Papel de Enfermería en Atención Primaria* (1ª. ed.). Comunidad de Madrid.
- Arribas Cacha, A. e. (2009). *Papel de enfermería en la atención primaria* . Madrid-España : Asociación Madrileña de Enfermería en Atención Primaria de Salud (AMEAP).
- Bansal, p., & Wang, Q. (2011). *Insulina como un modulador fisiológica DE glucagón*. *AM J. Physiol Endocrinol metab*.
- Barreat. (2011). *Relación medico-paciente y su influencia en el tratamiento médico en diabéticos*. Madrid, España: Editorial Médula.
- Bautista Rodríguez, L. M., & Zambrano Plata, G. E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.*, 17(1 enero-junio).

- Bello, N. (2010). *Fundamentos de Enfermería. Parte II.* .
- Bezanilla, J. M., & Virseda H, J. A. (2014). *Enfermedad y familia.* (1ª. ed., Vol. I). México: Universidad Autonoma del Estado de México.
- Bryant, N. J., & James, D. E. (2012). Transporte regulada del transportador de glucosa GLUT4. *Nat Rev. MOL. Cell biol*, 24.
- Buse, J., Polonsky, K., & Burant, C. (2011). Type 2 diabetes mellitus. En D. m. 2, *Williams libro de texto de endocrinología* (12th ed., pág. 524). Saunders Elsevier. 12ava edición.
- Cabrera, A., Castillo, J., Domínguez, S., & al., e. (2009). Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2 . *Esp. Salud Pública*, 83(4).
- Cano P, J. F., & Franch N, J. (2010). *Guía de la Diabetes Tipo 2.* (5ª. ed.). Barcelona-España: Elsevier.
- Carruitero, B. y. (2008). Recuperado el 20 de 06 de 2012, de Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero.: http://www.cep.org.pe/beta/download/ng_cdce.pdf
- CIE. (2000). *Concilio Internacional de Enfermería. Declaración oficial.* Recuperado el 05 de 07 de 2003, de <http://tone.udeaco/html>
- Civitaresse, A. E., & Ravussin, E. (2010). *La energética mitocondrial y resistencia a la insulina.* Endocrinología.
- Compeán O, L. G., & Gallegos C, E. (2008). Función cognitiva y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2. , . *Revista Digital de la Universidad Autónoma de Tabasco, México*, 3(1).
- Cotran. (2011). *Patlogía del paciente diabético.* Santiago de Chile.: Editorial Cuatro Vientos.
- Díaz Pérez, C. (2013). *Rol de Enfermería En la Prevención.* España : EDIC, College División de Educación Continua MÓDULO INSTRUCCIONAL.
- Dib, S., & Gomes, M. (2009). Etiopathogenesis of type 1 diabetes mellitus: prognostic factors for the evolution of residual β cell function. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 1(25).
- Fowler, M. (2008). Las complicaciones microvasculares y macrovasculares de la diabetes. *Clinical Diabetes*, 26(2), 77-82.
- Hall, J. E. (2013). *Tratado de fisiología médica.* Mississippi: Guyton & Hall.

- Hankonen, N. (2011). Procesos psicosociales de la salud el cambio de comportamiento en una intervención de estilo de vida. Instituto Nacional de Salud y Bienestar. (R. 51/2011., Ed.) *Instituto Nacional de Salud y Bienestar*, 176.
- Hattersley, A. T. (2010). *Descubrir los secretos de la célula beta pancreática : el hombre y el ratón proporcionan la clave*. Clin invest, Pág. 114-314.
- Hernández L, N. A., & Sánchez S, J. d. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. (1a. ed.). Estados Unidos: LibrosEnRed.
- IDF. (2011). *International Diabetes Federation*. Recuperado el 17 de 03 de 2016, de Diabetes Atlas, Regional Overviews, Diabetes and impaired glucose tolerance (igt) prevalence. : <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/regional-overviews>
- IDF. (2014). *International Diabetes Federation*. South and Central América, Ecuador. Recuperado el 10 de 07 de 2016, de <http://www.idf.org/membership/saca/ecuador>
- Infac. (2011). *Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas*. , 19(1).
- Inzucchi, S., Bergenstal, R., Buse, J., & al., e. (2009). Gestión de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2 : un enfoque centrado en el paciente. *Diabetes Care*, 16.
- Ishiki, M., & Klip, A. (2012). *Desarrollos recientes en la regulación de la glucosa tráfico transportador - 4 . las señales nuevas, ubicaciones y socios*. México: Endocrinología. Pág. 146.
- Jácome G, N. M. (2014). *Adherencia al cambio de estilo de vida; dieta, ejercicio y sus factores obstaculizadores o favorecedores en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa del hospital general "Dr. Enrique Garcés"*. Pontific. Pontificia Universidad Católica del Ecuador .
- Kastorini, C., & Panagiotakos, D. B. (2009). Los patrones dietéticos y Prevención de la Diabetes Tipo 2 : De la investigación a la práctica clínica. Una revisión sistemática. *Diabetes actuales críticas*(5), 221-227.
- Lin, E., & Ciechanowski, P. (2008). Working With Patients to Enhance Medication. *Adherence; Clinical Diabetes*, 26(1), 19.
- López, J. M. (2010). *Amir Enefrmería Barberan*. Marbán.
- Maldonado. (2011). *Psicodiabetes; Enfoque biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Editores PSICOM.
- Mathew, R., Gucciardi, E., Melo, M., & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 13(122).

- MSP. (2013). *La Diabetes y sus efectos psicosociales*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Nieto, E. (2011). *Uso de diagnosticos de enfermeria en atención primaria* . Madrid : Jano .
- Nogues. (2012). *Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento de los diabéticos*. Barcelona, España: Ediciones Masson.
- Oblitas. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida del diabético*. México D.F.: Editorial Thomson.
- OMS. (13 de Septiembre de 2012). *Diabetes melitus*. Recuperado el 17 de 03 de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OMS. (2012). *Efectos sociales y psicológicos de la diabetes*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, M., Ortiz, E., & Gómez, D. (2011). *Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Madrid, España: Editorial Aedos.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. . *Terapia Psicológica.*, 1(29).
- Paddison, C. A., Alpass, F. M., & Stephens, C. V. (2008). Psychological factors account for variation in metabolic control and perceived quality of life among people with type 2 diabetes in New Zealand. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(18).
- Paddison, C. A., Alpass, F. M., & Stephens, C. V. (2008,). Psychological factors account for variation in metabolic control and perceived quality of life among people with type 2 diabetes in New Zealand. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(18).
- Peralta. (2012). *Aspectos psicosociales de la diabetes*. Barcelona, España: Ediciones Mc Graw Hill Panamericana.
- Ponce, J., Velázquez, A., Márquez, E., López, L., & Bellido, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Enferm*, 18(4). Obtenido de Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. Enferm 2009, 18 (4) : <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000400002&scri>
- Rodríguez, R., Reynales, R., Jiménez, J., & al., e. (2010). Diabetes tipo 2. *Panam Salud Pública*, 28(6), 412-420.

- Rodriguez-Saldana, J. R.-C.-L., & CB. (2010). Calidad de la atención de la diabetes anterior entre los pacientes que reciben servicios de oftalmología en los hospitales en México. *Salud Pública Panam*, 28(6), 440-445.
- Roger, S. (2005). *El cartel: lenguaje, funciones, retórica*. (2a. ed.). México: Reverte.
- Rubin, A. L. (2011.). *Diabetes Para Dummies*. (2ª. ed.). Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Shrivastava, S., Shrivastava, P., & Ramasamy, J. (2013). Autocuidado del diabético. *Papel del autocuidado en el manejo de la diabetes mellitus*, 12(14).
- Taylor. (2009). *Psicología de la salud del diabetico*. México D.F.: Editorial Mc Graw Hill.
- Terechenko, N., Baute, A., & Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Revista Biomedicina. Medicina Familiar y Comunitaria*, 10(1), 33.
- Tobío, C. y. (2010). Recuperado el 21 de 06 de 2012, de El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Folleto : www.lacaixa.es/obrasocia
- Torres E, M. e. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. . *Rev Cubana Med Gen Integr.*(21).
- Vera, E. (19 de 01 de 2014). Diabetes e hipertensión, dos males silenciosos que afectan la salud. . *Diario El Universo*.
- Zurro, A. M. (2008). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (6ª. ed.). Barcelona, España : Elsevier.

Anexos



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

ENCUESTA A USUARIOS DIABÉTICOS TIPO 2 DEL C.S. MUNICIPAL

Encuesta elaborada para determinar los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Sept/2015-Febrero/2016.

A qué edad se le diagnostica la diabetes mellitus tipo 2

30-49 años () 40-49 años () 50-59 años () 60 y + años ()

Género:

Masculino () Femenino ()

Cuál es su Estado Civil?

Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Viudo ()

Cuál es su Nivel de instrucción?

Primaria () Secundaria () Superior ()

Cuál es su ocupación?

Empleado () Desempleado () Jubilado () Otros ()

Hace qué tiempo padece de esta enfermedad?

Menor de 4 año () 5 - 10 años () 11 años y más ()

Emocionalmente como se encuentra

Estrés () Depresión () Baja Autoestima () Baja autoestima ()
Resignación () Rechazo a la enfermedad () Apego al tratamiento ()

Recibe algún tipo de ayuda en cuanto al manejo de su enfermedad?

	Siempre	Rara vez	Nunca
ONG	()	()	()
Institucional	()	()	()
Familiar	()	()	()

Usted tiene conocimiento de la enfermedad que padece?

Poco () Medianamente () Nada ()

Su régimen alimenticio es?

Bueno () Regular () Malo ()

Qué tipo de complicaciones físicas les ha generado la diabetes tipo 2

Ceguera () Amputación () Insuficiencia renal ()
Problemas cardiológicos () Problemas dermatológicos ()

¿Pertenece a algún grupo?

Pertenece ()
No pertenece ()

¿Ingresos mensuales?

Básico \$ 367 () Medio \$ 280 () Alto \$ 800 y más ()

ANEXOS



Foto N° 1: Encuesta realizada en el domicilio del usuario con diabetes Mellitus tipo 2



Foto N° 2: Encuesta realizada en el domicilio del usuario con diabetes Mellitus tipo 2



Foto N° 3: Encuesta realizada a los usuarios que son atendidos en el Centro de Salud Municipal



Fotos 4 y 5: Trabajando en la elaboración del marco teórico en la Biblioteca universitaria.



Fotos 5 , 6 y 7 : Charla educativa dirigida a los pacientes diabéticos y familiares que asistieron en el centro de salud municipal





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI

ING. JOSÉ VALENCIA RUIZ
DIRECTOR TICS. UTM

Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 9%



Date: martes, septiembre 27, 2016

Statistics: 300 words Plagiarized / 3210 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

TEMA: Factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Municipal. Diciembre/2015-Mayo/2016. AUTORAS: Chilán Rivas Vanessa Jacqueline - Rosado Loor María Belén MARCO TEÓRICO La diabetes mellitus es un conjunto de síndromes caracterizados por un déficit de insulina, que produce cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, que dan como resultado una hiperglucemia grave responsable de complicaciones vasculares y neuropáticas. (López, 2010) Patología endocrina más prevalente, afecta al 5-10% de la población, se asocia a otras causas de

riesgo cardiovasculares y la hipertensión.

Se clasifica de acuerdo al proceso patógeno que se determina en hiperglicemias, haciendo referencia la edad y el inicio del tratamiento". (OMS, 2012) La diabetes tipo 1 también llamada insulino dependiente, juvenil, requiere a diario la inyección de insulina. Las causas se desconocen. Los síntomas en la diabetes tipo 1, consisten en poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas aparecen de forma súbita. Suele iniciar a temprana edad por esta razón, también se conoce a menudo como diabetes mellitus juvenil.

Sin embargo, esta patología puede producirse a cualquier edad, después conducen a la pérdida de células beta pancreática. (Hattersley, 2010) La Diabetes mellitus tipo 2, no produce suficiente insulina el organismo, tiene dificultades para utilizarla o ambas cosas a la vez, una persona con diabetes mellitus tipo 2 podría inyectarse insulina, pero no depende de ella para vivir.

Se debe principalmente a la no tolerancia insulina en músculo y tejido graso, sobre todo por obesidad. Suele presentar hiperinsulinismo compensador. Siendo prevalente, representa el 85-90% del total. La mitad de los pacientes no están diagnosticados. Suele establecerse de forma progresiva, típicamente en mayores de 40 años.

Puede ser asintomático y detectarse en una glucemia rutinaria, o presentar clínica cardinal diabética. Es posible la presencia de complicaciones crónicas al diagnóstico. No suele debutar con descompensación aguda, y su descompensación típica es en forma de coma hiperosmolar. Se maneja con pérdida de peso, dieta, ejercicio físico e hipoglucemiantes orales, aunque muchos pacientes acaban requiriendo insulina.

(Ishiki & Klip, 2012) Para prevenir esta enfermedad y sus complicaciones se ha demostrado medidas eficaces relacionadas con los hábitos de vida, no subir de peso, mantener con un peso normal, tener una buena alimentación, eliminar cualquier consumo extravagante como alcohol, tabaco, entre otros. La patología de la diabetes que presenta una curva de crecimiento exponencial, proyectándose para el 2030, al menos 336 millones de casos con diabetes.

Un gran porcentaje de usuarios padecen esta patología pasado los cuarenta años, es por eso que es un padecimiento que desencadena gradualmente, a diferencia de la emergencia severa que en ocasiones anuncia el comienzo de la diabetes tipo 1. La sintomatología en este tipo de diabetes mellitus tipo 2 causa fatiga, polifagia, poliuria, polidipsia; visión borrosa; infecciones de piel; prurito en los genitales; entumecimiento de los pies; y, afecciones del corazón (Rubin, 2011.).

El desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 parece ser producto de la interacción entre la susceptibilidad genética y factores ambientales; sin embargo, el estilo de vida sedentario y obesidad, han aumentado simultáneamente esta patología. (Kastorini & Panagiotakos, 2009) La diabetes gestacional, se produce cuando existe la presencia de hiperglicemia en cualquier etapa del embarazo.

Es más probable en gestantes mayores de 35 años, obesas y con antecedentes de fetos macrosómicos. Tras el parto los niveles de glicemia suelen normalizarse, aunque las mujeres afectadas tienen riesgos de presentar DM en los años que siguen al parto. Se diagnostica con la curva de tolerancia a la glucosa modificada.

Se maneja con dieta e insulina, pues los hipoglucemiantes orales son teratógenos (aunque la metformina parece ser segura. (López, 2010) En relación a la patología y patogenia, independientemente del origen, la variedad de diabetes se produce por una deficiencia relativa del trabajo de la insulina. Más aún, en la DM tipo 2, las cifras de glucagón pueden ser inadecuadamente altas.

En clínica, esto ocasiona hiperglucemia posprandial. Esos individuos, con mayor frecuencia diabéticos con DM tipo 2 con secreción residual de insulina, pero incremento de la resistencia a la insulina, tendrán resultados anormales en la prueba de tolerancia a la glucosa por vía oral.

(Bansal & Wang, 2011) Aun así, que en cierto usuarios en ayuno mantiene su glucosa estable, ya que hay suficiente acción de insulina para contrapesar la secreción hepática por glucagon siendo las que las sostienen. Durante una baja de insulina los efectos del glucagon en el Hígado no se contrapesan suficientemente. La cetoacidosis por diabetes es una pérdida profunda de actividad de la insulina lleva no sólo una creciente de las cifras séricas de glucosa debido al aumento de producción hepática y una hipoglucemia, también a cetogénesis.

(Ahrén & Islet, 2011) En ausencia de insulina, se estimula la lipólisis, lo que brinda ácidos grasos que se convierten en cuerpos cetónicos en el hígado por acción del glucagón sin oposición. Los factores psicosociales relacionados con la patología diabética y el estilo de vida en los pacientes, ya que para ellos la enfermedad como el tratamiento que reciben provocan alteraciones emocionales en su vida como el aspecto social, familiar, tendrán que realizar un cambio en sus vidas.

(Alberti, Boudriga, & Nabli, 2007) El apoyo social es un atenuante que está asociada con la adherencia al tratamiento que por ley deben llevar los usuarios con diabetes tipo 2, que quiere decir apoyo del equipo de salud y familiar influye a que el usuario lleve su vida sin estrés y de este modo conducir a un mejor control de las glicemias, fomentando la continuidad del tratamiento y reduciendo el estrés.

La adherencia indica (Ortiz, Ortiz, & Gómez, 2011) como el compromiso voluntario activo y colaborador del paciente en el tratamiento de su enfermedad, el cual debe seguir una terapia que se encuentra en mutuo acuerdo para el establecimiento del adecuado tratamiento y la implementación de regímenes, así como la de compartir esta responsabilidad con los prestadores de salud.

Por tal razón los comportamientos de auto cuidados para lograr el respectivo control metabólico adecuado, evitando futuros inconvenientes a medida que pasa el tiempo se incluyen varios tratamientos, sobre todo en pacientes con diabetes el monitoreo de los índices de glucosa y dieta alimenticia. (p. 152) Mientras que (Nogues, 2012), señala que actualmente se otorga una función específica del autocuidado del usuario con esta patología, la cual implica que el paciente tiene que vigilar y responder en forma activa a su entorno y las biológicas cambiantes, lo cual se logra mediante los debidos ajustes para su adaptación al tratamiento establecido y poder establecer el debido control metabólico adecuado y poder reducir las complicaciones.

Sin embargo (Peralta, 2012) sostiene que por efecto de esta patología existen serias implicaciones psicológicas y emocionales, una vez que el enfermo es diagnosticado con esta enfermedad, el cual incide en su comportamiento habitual. Por ello los galenos deben saber dar las instrucciones a seguir de acuerdo a la adherencia al tratamiento, para que este pueda superar el estrés, ansiedad y depresión por efecto del desconocimiento de la enfermedad que padece y al mismo tiempo establecer un acercamiento entre el médico, enfermera y el pacientes para lograr el menor índice de recaídas, lo cual incide en la estabilidad y la aceptación de la enfermedad.

También los altos niveles por no continuar con los regímenes establecidos según la diabetes está entre el 12% al 90% tal como lo indica (Barreat, 2011), evidenciando que tasas más elevadas existen en pacientes asintomáticos, debiéndose tener el respectivo diagnóstico, lo cual establece una adecuada existencia de la adherencia al tratamiento y el autocuidado y la ausencia de apoyo obstaculiza la transformación de la salud del afectado.

Mientras que los estudios de (Nogues, 2012), que las mujeres tienden a tener más amigos cercanos y recibir y proporcionar más apoyo emocional. Así mismo las relaciones familiares establecen un papel adecuado en la conducción y tratamiento de esta enfermedad, donde se ha demostrado que en situaciones de bajos conflictos, los altos niveles de cohesión, organización y buena comunicación se encuentran asociados con un adecuado régimen de adherencia, es decir que más que todo en casos de conyugues y miembros de familia y su asociación permite una mayor adherencia al tratamiento.

También se la ha asociado con la adherencia señala (Maldonado, 2011) de acuerdo a los años, género autoestima, auto efectividad, estrés, depresión y el abuso de alcohol y tabaco del paciente está asociado con la presencia de variaciones en el tratamiento a seguir según los regímenes de actividad física y este es mayor en personas de edad avanzada.

Mientras que (Oblitas, 2010), indica que el estrés y los problemas emocionales, como la depresión, ansiedad y trastornos alimenticios se encuentran directamente relacionado con la continuidad a las recomendaciones del doctor. Esto ha sido confirmado con otros estudios de (Peralta, 2012), los cuales indican que en estos pacientes depresivos tienen mayores probabilidades de presentar complicaciones con esta patología metabólica, al tener un inadecuado control glucémico y adherirse menos al comportamiento de auto cuidados que quienes no se encuentran deprimidos.

De acuerdo al tratamiento, el objetivo inicial es bajar los altos porcentajes de glucosa. Ya que el objetivo es prevenir problemas a raíz de la detección de la enfermedad. En relación al autocuidado en los usuarios diabéticos, éstos deben aprender habilidades para llevar de una mejor manera esta patología, por ejemplo mantener los niveles normales de glicemia, qué y cuándo alimentarse; sobrellevando la enfermedad obteniendo así un buen estilo de vida.

La prevención de esta enfermedad se la realiza mediante cribado oportunista en población con síntomas de riesgo, que permite detectar los estados de prediabetes e identificar la población diana a la que dirigir la atención procurando cambiar los hábitos de vida y previniendo futuras complicaciones. (Cano P & Franch N, 2010, pág.

5) Así, entre los factores de riesgo para producir diabetes se encuentran: antecedentes familiares, obesidad, sedentarismo, raza, trastorno de glucosa en ayunas, de la gestacional, hipertensión arterial y dislipidemia. Además, la presencia del síndrome de ovario poliquístico, y con

referencias de enfermedad vascular. (IDF, 2011) El ejercicio físico y dieta son factores críticos en la aparición primaria de diabetes, también muy importantes en la normalidad y desencadenamiento de sus complicaciones crónicas (Dib & Gomes, 2009). El abuso, tanto del tabaco como del alcohol es un factor que complica la adaptación al nuevo tratamiento.

(Inzucchi, Bergenstal, Buse, & al., 2009, págs. 1-16). En la actualidad el médico es identificado como un prestamista de servicios y el paciente como un usuario, esta relación responde a necesidades de un mercado que vincule de manera directa la relación entre médico – paciente.

La adherencia es el compromiso activo, voluntario, y colaborador del usuario en el seguimiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada en la fijación de metas terapéuticas, planear el tratamiento e implementación de regímenes; así como también compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria.

Las conductas de autocuidarse para conseguir el control metabólico adecuado, evitando problemas a medida que pasa el tiempo incluyen: el monitoreo domiciliario de glucosa; el ajuste de alimentos, especialmente de carbohidratos, para satisfacer las necesidades diarias y equiparar la insulina disponible; la administración del medicamento; la actividad física regular; el aseo de los pies; los controles médicos, y otros comportamientos que cambiarían el rumbo de la diabetes.

(Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013) En la actualidad se concede una función central al autocuidado del paciente, ya que implica que éste vigila y responde rápidamente a condiciones ambientales y biológicas cambiantes, lo que se logra mediante ajustes adaptativos que demandan los diferentes aspectos del tratamiento de la diabetes, para mantener el registro metabólico adecuado y reducir la probabilidad de dificultades.

Los niveles generales de seguimiento a los regímenes previstos en usuarios con diabetes oscilan entre el nueve y ochenta por ciento, con tasas más altas en pacientes asintomáticos. Es importante evaluar el grado de la adherencia a cada componente del régimen de tratamiento en forma independiente, porque parece haber escasa correlación entre el apego al autocuidado separados, lo que sugiere que el apego no es un constructo unidimensional.

Los datos de diversos estudios muestran variaciones importantes a la adherencia del medicamento, dependiendo de factores como nivel socioeconómico, donde la adherencia es menor del 30% siendo bajo; igualmente será menor en aquellos que reciben más medicamentos diariamente: que los que tienen una sola medicación, la adherencia se encuentra entre 71-93% y disminuye a 57% en usuarios tienen más de dos medicamentos diarios.

Por último, la durabilidad del tratamiento también afecta la adherencia, teniendo una adherencia de 36- 93% a los 6 a 24 meses. (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013) La adherencia óptima a los medicamentos muestran óptimos resultados clínicos e incluso puede reducir los costos de atención mediante la disminución de la morbilidad y del uso de recursos sanitarios.

Las variables posiblemente relacionadas a diversos comportamientos relativos a la adherencia terapéutica en la diabetes pueden organizarse en cuatro grupos: Características del tratamiento y la enfermedad, tratos interpersonales y ambientales. Las características del tratamiento y enfermedad, los tres elementos del tratamiento asociadas a la adherencia son la complejidad, la duración y prestación de la atención médica. Así, cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que el usuario lo siga.

Los cambios de hábitos de vida, el número de medicamentos y las dosis que consumen diariamente. Como se mencionó, la adherencia será de acuerdo al número de medicamentos y dosis. (Rolnick, Pawloski, Hedblom, & al., 2013) El tiempo que dure la diabetes tipo 2 tiene una relación inversa con la adherencia.

Con más años de enfermedad, menos posibilidad hay que siga las recomendaciones del médico. El tratamiento intensivo aplicado por un equipo multidisciplinario de diabetes, a asistencia ambulatoria brindada por un servidor de la salud primaria. La adherencia también puede verse afectada por el entorno en el cual se recibe la atención; el costo de la misma es una barrera principal para el acceso, por esto se ha visto menor grado de cumplimiento y adherencia en personas de bajo nivel socioeconómico.

Para tener un apropiado control en usuarios con esta patología y evitar dificultades frecuentes de ésta enfermedad, éste debe cumplir debidamente las indicaciones administradas por el médico endocrinólogo. Algunas variables asociadas a la adherencia, son: la edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión, y abuso del alcohol.

La edad del paciente está relacionada con variaciones en la adherencia a los regímenes de actividad física: ésta va a ser mayor en adultos jóvenes (Alberti, Boudriga, & Nabli, 2007). Respecto al automonitoreo de la glucemia y autocuidado, está demostrado que las personas con edad avanzada pueden practicarlo mejor que los más jóvenes, mientras otros afirman que el cumplimiento de un tratamiento va decreciendo con la edad.

Se ha encontrado que hay varias causas por las cuales se dificulta la adherencia de los diabéticos a su tratamiento; el sexo del paciente influye tanto en la realización de ejercicios físicos siendo mayor en el sexo masculino, como en el seguimiento de la dieta siendo mayor en las mujeres. (Fowler, 2008) Los hombres son más activos físicamente que las mujeres, pero también consumen más calorías, comen más alimentos inapropiados y presentan niveles inferiores de apego a la medicación. Las mujeres presentan menor adherencia debido a que son domésticas y dedican mayor tiempo a la familia y menos a su autocuidado.

(Mathew, Gucciardi, Melo, & Barata, 2012) El cansancio y los problemas emocionales como depresión y ansiedad, también se correlacionan con la terapéutica. En un estudio el estrés se asociaba significativamente con dos aspectos del régimen alimentario: la cantidad y dieta. (Alberti, Boudriga, & Nabli, 2007) Lo que fue confirmado con otros estudios que muestran que los enfermos con depresión tienen mayor

probabilidad de presentar complicaciones de la diabetes, tener peor control glucémico y adherirse menos a los comportamientos de autocuidado que quienes no están deprimidos (Hankonen, 2011).

El medio en que vive el usuario influye en la adherencia, referente a conocimientos, creencias, emociones y experiencias que tiene con respecto a su patología. Así, ellos comprenden mejor su enfermedad, creen que el tratamiento es seguro, que los beneficios superan los costos, y que si tienen éxito con la terapia, van a presentar un mejor al tratamiento.

Contrario a esto, aquellos que piensan que los remedios no son efectivos, que creen no necesitar terapia alguna, muestran bajos niveles de enlace. Los comportamientos de autocuidado más importantes son: la habilidad para seguir una buena dieta, hábitos saludables. Según el estudio de (Hankonen, 2011), indica que la ingesta de alcohol dentro de los 30 días previos se asoció con la adherencia deficiente al régimen alimentario, al automonitoreo de la glucemia y a los medicamentos orales. El abuso, tanto del tabaco como del alcohol es un factor que complica la adaptación al nuevo tratamiento.

Se han encontrado factores interpersonales que tienen relación importante con la adherencia terapéutica del usuario, entre las cuales se tiene el apoyo social, del equipo médico y organización. (Inzucchi, Bergenstal, Buse, & al., 2009). Las relaciones familiares son de gran importancia para el diabético; ya que buenas relaciones dentro y fuera del hogar, en lo laboral están asociados con un mejor régimen de adherencia. Mayores grados de apoyo social, en particular con los cónyuges y otros miembros de la familia, ocasionan un mejor régimen de apego.

(Hankonen, 2011) Una buena comunicación entre el paciente y el equipo de salud, provoca un apego rotundo en la administración de agentes hipoglucemiantes orales, auto monitoreo de la glucosa, control de peso y mejor control en dieta. La preocupación, motivación del profesional y educación continua que brinde a los pacientes, son factores cruciales en la adherencia.

Además, se ha justificado que muchos factores organizacionales ejercen control en el cuidado, la existencia de clínicas de diabetes estructuradas, uso de guías prácticas educativas. (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013) También es importante que el usuario reciba información de un equipo multidisciplinario calificado, ya que la adecuada educación sobre hemoglobina glucosilada y mejor apego al tratamiento farmacológico. (Lin & Ciechanowski, 2008, págs.

17-19) Existen también sistemas ambientales que intervienen en los diabéticos y evitan una correcta adherencia. Incluyen sistemas económicos, agrícolas, políticos, de salud, geográficos, ecológicos y culturales. Los cambios en los sistemas económicos y políticos incluyen mayor disponibilidad de comidas rápidas de bajo costo, hipergrasas, ricas en sal y calorías; la mecanización de los sistemas de transporte vinculado al exceso de peso en niños y adultos.

Estos cambios han permitido que la mujer trabaje, lo que ha alterado, la composición familiar que tratan la selección y preparación de los alimentos. Por último existen sectores crecientes que pasan muchas horas por día en actividades sedentarias. Las circunstancias asociadas con una defectuosa adherencia se han denominado condiciones de alto riesgo.

Entre estas situaciones se encuentran: alimentarse excesivamente en respuesta a personas, lugares y emociones; así como las asociadas con peligro para integrar el consumo de alimentos según el contexto social, hora del día y lugar. Las situaciones de peligro que más se relacionan con adherencia alimentaria deficiente, se incluyen alimentarse por emociones negativas, tentación de recaída, encontrarse frente a comidas prohibidas, presión de tiempo, competencia de otras prioridades, comer fuera, eventos sociales, falta de planificación, rechazo a dieta, y tener antojos en casa al estar solo.

