

AUTORIZACIÓN DE LA IMPESIÓN

DEDICATORIA

A DIOS:

Agradezco a Dios por la vida y haber permitido llegar hasta donde estoy.

A MIS PADRES:

Por otorgarme el apoyo incondicional, por contar con ellos en los momentos buenos y malos, les agradezco por estar conmigo en cada uno de mis logros y durante todo el proceso de mi preparación profesional. A toda mi familia por las motivaciones de cada uno de ellos y que siguen estando conmigo y motivándome.

A MIS COMPAÑEROS:

Agradecer la compañía de cada uno de mis compañeros que también forman parte de los momentos inolvidables.

A MIS MAESTROS:

Quienes se convirtieron en mis mentores, agradecerles por compartir cada uno de sus conocimientos.

Lucidalia García Roblero

DEDICATORIA

Agradezco a dios, a mi familia y a mis amigos por el apoyo en esta etapa de mi vida, así como a mi coordinadora la ING. ANGELA ZAVALA VILLATORO, por el apoyo brindado, para culminar este protocolo de tesis y poder así continuar a una nueva etapa

José Manuel Mejía Morales

Índice

Contenido

Introducción	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 descripción del problema.....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	22
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
1.4 HIPÓTESIS	23
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	23
1.6 DELIMITACIÓN TEMÁTICA.....	24
MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICO	25
2.1.1.- Antecedentes de la diabetes mellitus.....	25
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.2.1.- Tesis denominada “Medidas de Autocuidado que realizamos a los pacientes diabéticos”	30
2.3.-MARCO DE TEÓRICO	33
2.3.1.-Definicion	33
2.3.2.- sistema y órganos.....	34
2.3.3.-Tipos de autocuidado.....	37
2.3.4.-Signos y síntomas.....	38
2.3.5.-Causas	38
2.3.6.- Diagnostico.....	39
2.3.7.- Tratamiento	39
2.3.8.- Factores de riesgo	41
2.3.9.-Prevención	41
2.3.10.- Alimentación:	42
2.3.11.- Complicaciones	42

2.3.12.- Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica.....	42
2.3.13.- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	44
2.4.- Marco conceptual	46
DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
3.1 investigación básica.....	49
3.2 diseño de la investigación	50
3.2.1 de campo.....	50
3.2.2 Transversal	50
3.3 POBLACIÓN.....	50
3.3.1 delimitación espacial.....	50
3.3.2 universo o población	53
3.4 Muestra	53
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	54
3.5.1 investigación bibliográfica.....	54
3.5.2 aplicación de encuestas a la muestra de la población	54
3.5.3 aplicación de entrevista a expertos.....	57
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	61
4.2 Presentación de resultados.....	61
4.2.1 resultados de la aplicación de encuestas a la muestra de la población	61
4.2.2 resultados de la aplicación d entrevista a expertos.....	61
4.2.3 resultados y logros de los objetivos de la investigación	61
MARCO METODOLOGICO.....	62
Conclusión	64
Bibliografía	66

Introducción

La diabetes mellitus es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización. la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la organización mundial de la salud (OMS) como una amenaza mundial, al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.

De esta forma en esta tesis se mantendrá la promoción del autocuidado a las personas que sufran dicha enfermedad y el autocuidado que debe de tener un paciente para tener un control adecuado de su enfermedad. el trabajo es una investigación de tipo básica , que tiene por objetivo el aumento del conocimiento para las personas que sufren dicha enfermedad, la DM es una enfermedad no curable, se controla en la mayoría de los casos de reciente inicio, el trabajo que se realizara , es reforzar el autocuidado, prevenir y disminuir los factores de riesgo, se

recomienda a las personas que padecen esta enfermedad y a sus familiares, que tienen que hacer grandes modificaciones en su forma de vida, para evitar complicaciones serias; asimismo tienen que adquirir habilidades dirigidas al control del padecimiento, aceptar la enfermedad, modificar la dieta y realizar ejercicio, acciones que han demostrado garantizar una mejor calidad de vida, aplicando los conocimientos obtenidos, las personas tendrán un conocimiento para evitar posibles complicación, disminuir la gravedad de dicha enfermedad y un control adecuado. Como se mencionara en la siguiente investigación de esta enfermedad la diabetes es una enfermedad que al no tener las medidas necesarias para tratar la enfermedad esta misma podría conllevar a complicaciones graves como enfermedades del corazón y circulatorias, lesión a los nervios (neuropatía), daño renal (nefropatía), daño en los ojos, pie diabético, trastornos de la piel y la boca. Así que es importante reconocer el autocuidado que debe mantener una persona con esta enfermedad y saber la importancia de cada uno de los cuidados que se proporcionara en dicha investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 descripción del problema

En la actualidad, alrededor del mundo, en los centros hospitalarios de primero, segundo y tercer nivel, una de las principales causas de ingresos de pacientes son las enfermedades crónico degenerativas, sobresalen la hipertensión, cáncer, EPOC y diabetes.

El contexto social y demográfico del estado de Chiapas, se ve altamente afectado por la alta incidencia de casos de diabetes mellitus I y II.

Son sobre todo, las complicaciones de la diabetes mellitus, una alarmante problemática que será abordada en la presente tesis, desde la perspectiva de enfermería se reconoce la importancia de la promoción del autocuidado del paciente diabético.

A escala global, se han realizado un sin número de estudios sobre el tema, sobresaliendo los siguientes:

(Ávila, segunda seccion secretaria de salud, 2010)Afirma:

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de

Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%). De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor. (p.39).

La Secretaría de Salud, 2009 menciona:

La diabetes mellitus es una enfermedad universal y ampliamente distribuida en todo el mundo, que afecta en la actualidad a más de 110 millones de personas. En América Latina hay más de 15 millones de personas afectadas y en Panamá, se estima que existen aproximadamente entre 150,000 a 200,000 personas con diabetes. Las tasas de morbilidad y mortalidad, han presentado un aumento significativo en la última década, constituyendo actualmente la quinta causa de muerte en el país, siendo la diabetes mellitus tipo 2, la de mayor prevalencia, representando el

85-90% de los casos, mientras que el 15% corresponde a la diabetes mellitus tipo 1. (p.4)

(Association, 1997) Definió:

La Diabetes Mellitus como un síndrome clínico en torno al cual se engloba diferentes entidades nosológicas. Este nuevo concepto de enfermedad diabética fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud en 1998 (American Diabetes Association 2009). La Diabetes Mellitus en adelante (DM) es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por la deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglicemia crónica y otras alteraciones del metabolismo, de los carbohidratos y de los lípidos; ello a su vez, puede originar múltiples complicaciones microvasculares en los ojos, los riñones y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias (American Diabetes Association 2009). (p.1)

(Coelho, 2015) Publicó:

Un artículo sobre actividades de autocuidado y sus relaciones con control metabólico y clínico de las personas con DM, el estudio fue transversal que buscó evaluar actividades de autocuidado con DM y verificar su relación con características sociodemográficas y con datos clínicos. La muestra fue constituida por 218 personas en estado ambulatorio. Las actividades de autocuidado fueron evaluadas utilizando un cuestionario traducido y validado en Brasil. Los elementos de este cuestionario que tuvieron los promedios más altos estaban relacionados con la terapia con medicamentos, y los promedios más bajos con la actividad física. Los resultados mostraron que las actividades de autocuidado

relacionadas con los cambios de comportamiento son las que requieren mayores inversiones para alcanzar los objetivos de la atención y la edad y el diagnóstico de tiempo deben ser considerados en la planificación de los cuidados del personal de enfermería a la persona con DM. (p.12).

(Estudillo, 2009) Declara:

Que los servicios Sanitarios y portadoras de tarjetas 58.700 persona, De éstas, 3.717 están incluidas en el programa de diabetes que, distribuidas por los cuatro centros de salud, da el resultado de: 714 personas corresponden a la Zona Oeste, 875 personas a la Zona Centro, 971 personas a la Zona Este y correspondiendo a la Zona Norte el grupo más numeroso con 1.177 personas, concurriendo en ésta, la etnia bereber en su mayoría. Estos datos nos revelan que casi el 16 % de los melillenses padecen esta enfermedad crónica. (p.5).

(Rivera, 2008) Declara:

La diabetes mellitus (DM) es considerada una de las mayores epidemias del siglo XXI, siendo la principal causa de muerte en la mayoría de los países, con estimaciones de afectar a 415 millones de adultos en todo el mundo y de poder alcanzar a 31 millones que tienen intolerancia a la glucosa - lo que aumenta el riesgo en desarrollar la enfermedad en un futuro. (p.4)

(Mosby, 2001) Afirma:

Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud, Los resultados obtenidos permitieron determinar que la mayoría

de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó capacidad de autocuidado regular (66,5%), que está relacionada con variables sociodemográficas y clínicas. (p.1)

Según (Chávez, 2004):

Es importante tomar en cuenta que en la prevención y tratamiento de las enfermedades, además del sustento médico, es indispensable el apoyo emocional y el desarrollo de habilidades sociales que te permitan encarar las situaciones que se te presentan día con día. Es muy probable que en tu entorno laboral y social conozcas a muchas personas que padecen diabetes; y es que esta enfermedad es más común de lo que imaginamos, incluso muchas personas la padecen y aún no lo saben. Por otro lado las personas que ya saben que tienen la enfermedad seguramente tendrán muchas dudas e inquietudes con respecto a su enfermedad y cómo controlarla. (p.3)

(Miro & Arnó, 1978) Aporta:

Las elaboraciones ricas en hidratos de carbono simples y complejos (harinas o almidones), acompañadas por bebidas, jugos dulces y ciertas frituras, se incrementan en las horas libres del ayuno alternando con el prolongado período de ayuno del Ramadán 4, provocando un mayor número de complicaciones como la hipoglucemia, hiperglucemia y cetoacidosis.

Para (Orozco, Astrid, Machado, Adriana, Bohórquez, & Castro, 2011):

La Diabetes Mellitus como enfermedad crónica ha tenido un importante impacto socio sanitario por su alta frecuencia,

las complicaciones que ocasiona y su elevada mortalidad. A nivel mundial, la diabetes se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad y afecta la productividad y el desarrollo humano; se prevé que el número de personas con diabetes para el 2030 aumentará hasta alcanzar 552 millones si no se emprenden acciones de control.

En Colombia, la Diabetes Mellitus se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad, egresos hospitalarios y consulta externa en personas mayores de 45 años. La Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes Mellitus, y alrededor de un 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad. (p.5)

(Jackson, 2014) Realizó:

Un estudio para evaluar el conocimiento de las prácticas de autocuidado y los factores responsables, de tal conocimiento en los pacientes con DM. Para evaluar el conocimiento para el autocuidado de la diabetes se utilizó el cuestionario, también se obtuvieron datos sociodemográficos. Un total de 303 de los 380 cuestionarios se completaron y fueron devueltos (tasa de respuesta = 79.7%). La mayor parte de los pacientes (79.5%) tenían un 70% o más en el nivel de conocimiento acerca de la auto-cuidado. (p.2)

(Rodríguez, 2012) Creó:

Un instrumento para evaluar factibles disposiciones relacionadas con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. La adherencia a la dieta es un comportamiento medular para evitar las complicaciones de esta enfermedad y controlar así los niveles de glucosa en sangre. A pesar de que se han implementado programas para educar a los pacientes respecto a su forma de comer, no se han obtenido resultados esperados. En este trabajo se parte de una aproximación interconductual, específicamente el modelo psicológico de la salud, lo que permite, entre otras cosas, entender la importancia de variables de tipo disposiciones como facilitadoras de comportamientos de riesgo, o bien como factores que interfieren con los comportamientos saludables o preventivos. La identificación de estos factores en relación con el seguimiento de un plan de alimentación permitirá diseñar mejores programas, en tanto que será posible entrenar habilidades pertinentes a la alteración de dichos factores, trascendiendo la mera labor informativa para incorporar el conocimiento en la forma de un saber hacer.(p. 41)

(Fernández, 2015)Realizó:

Un estudio titulado estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para evaluar el efecto de la intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes. Se llevó a cabo un estudio de investigación educativa, en donde se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. En el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de

15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social. Al inicio se contaba con 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al finalizar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%). (p.22)

(Zafra, 2001)Realizó:

Un estudio titulado nivel de conocimiento y autocuidado de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de el puerto de santa maría. Tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y los mecanismos de cuidado, así como el control entre los pacientes diabéticos de primer nivel de atención y su asociación con la frecuencia de consultas de autocuidado. Participaron 526 pacientes diabéticos mayores de 12 años, la información se obtuvo a partir de la historia clínica y de cuestionario. La edad promedio de la población fue de 62.7 años, el 57.6% eran mujeres, y la ocupación más frecuente ama de casa (54.6%). El 54% de los diabéticos había acudido alguna vez a las consultas programadas de enfermería durante el último año. Con un resultado en donde: Los conocimientos básicos sobre la enfermedad eran escasos, el 64.3% desconocía la concentración normal de glucemia, el 89.4% no sabía cómo realizar intercambios de alimentos en la dieta, y el 44.9% ignoraba la importancia del cuidado de los pies. Sin embargo, entre los tratados con insulina (20%), la utilización de auto analizador era frecuente (68.6%). La frecuencia de consultas de enfermería era el factor más asociado a conocimiento y autocuidado del enfermo. (p.21)

(Gonzalez, 2015)Realizó:

Un estudio titulado conocimiento del diabético acerca de su enfermedad estudio en centro de salud. Cuyo objetivo identificar el nivel de conocimiento de los pacientes en relación con algunos aspectos de educación diabetológica, estudio descriptivo de corte transversal, conto con la participación de 190 pacientes, con resultado que el nivel de conocimiento de los participantes no fue aceptable, prevaleció como inaceptable el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad.(p.45)

(Could & Troughton, 2015,) Realizarón

Un trabajo titulado Development of livestyle intervention using the medical research countrail (MRC), framework for diabetes prevention in people with impared glucose regulation. Resultados la intervención resulto con un aumento cuantitativos y cualitativos con beneficio en cambios en el comportamiento alimenticio, creando en los participantes motivación. (P. 43)

(García, 2016) Declaró:

En su estudio sobre conocimientos y autocuidado en pacientes con DM2, en el Policlínico Ángel Ortiz Vázquez en Cuba, donde se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, con 87 pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados en ese período, en edades comprendidas entre 35 y 59 años, la muestra fue de 22 pacientes. Se estudiaron las variables nivel de conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado y vías de información sobre la diabetes mellitus, por lo que se evidenció que el nivel de conocimientos sobre la DM que predomina es bajo para un 45%, ya que presentaron dificultades en los conocimientos sobre los síntomas,

la clasificación clínica, los factores de riesgos y las consecuencias de la enfermedad, el 91 % presenta ausencia de autocuidado donde las dificultades, se ubican en relación con la práctica de ejercicio físico, la nutrición adecuada y el autocontrol de la glucemia y las vías de obtención de la información que predominaron son los medios de difusión masiva con un 81% y seguido de este, el personal de salud con un 26 %. En conclusión, de manera general los pacientes diabéticos presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre la DM, por lo que se recomienda el diseño e implementación de programas educativos (P: 13).

(Martins, Zanett, & Lucia, 2010) Argumentan:

La prevalencia de la diabetes sigue ascendiendo en todo el mundo. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra ascendió a 135 millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones aproximadamente. Según información de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993), se estimó una prevalencia de diabetes de 8.2% en la población mexicana de 20 a 69 años y para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) estimó la prevalencia en 10.9%.(p.4)

(Gutierrez, Abarca Gil, Mendoza, & Zamora, 2012) Afirman:

El Programa Nacional de Salud (2007-2012), reporta: La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en México y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema Nacional de Salud. Además de ser la primera causa de muerte es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las

principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. En Guerrero, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2006) refiere: La prevalencia de diabetes mellitus es del 5.1%, hipertensión arterial el 9.4% e hipercolesterolemia el 6.3%, por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más; en comparación con las prevalencias en el país, Guerrero se ubicó muy por debajo de la media nacional; considerada actualmente en un 7.0% y en el grupo de edad de 50 - 59 años, está representada en un 14.2% en mujeres y un 12.7% en hombres. (pp.2 y 4)

(Romero, 2010) Realizó:

Un estudio sobre autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en el servicio de urgencias el cual tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de personas con DM2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas; participaron 251 personas que ingresaron en un Hospital de Urgencias en México; los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose un formulario, cuestionario y escala de capacidad de autocuidado. Los resultados mostraron que 83(33.5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66.5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y los años de educación ($p < 0.05$) y una

correlación negativa con la religión ($p < 0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($p < 0,05$). (p. 20)

(Gallego, Ochoa, Morales, & Escobedo, 2018) Argumentan:

Dentro de la población del Territorio del Estado con riesgo de padecer diabetes tipo 1, las Instituciones Integrantes del Sistema Estatal de Salud, deberán proveer información sobre las acciones para prevenirla, las previsiones a tomar para la atención adecuada cuando eventualmente se presenten los primeros síntomas, así como para un diagnóstico oportuno, conforme a las Normas Oficiales Mexicanas. (p.5)

Según (Olivera, Beutelspacher, & Nazar, 2011):

En Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se realizó un estudio cualitativo encaminado a explorar con perspectiva de género las relaciones intergeneracionales en grupos domésticos y su influencia en el autocuidado de personas diabéticas. La información empírica provino de entrevistas en profundidad a algunos enfermos y a una persona cercana.

En este caso se propone una categorización de autocuidado basada en lo que ellos manifiestan que hacen para controlar la enfermedad. Se documenta una importante desigualdad en la oportunidad y logros del autocuidado entre los hombres y las mujeres que padecen esta enfermedad. Se abordan las implicaciones de dependencia económica de las mujeres, el consumo de bebidas alcohólicas, la violencia doméstica, la división sexual del trabajo y las relaciones de apoyo para el logro del autocuidado. (p.2)

Basado en todo lo anterior, se formulan las siguientes preguntas de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es el autocuidado que debe tener el paciente diabético en su domicilio?
2. ¿Cuál es la importancia del autocuidado del paciente diabético en su domicilio?
3. ¿Qué complicaciones puede tener el paciente si no tiene un buen control de la diabetes?
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de las principales complicaciones de la diabetes?
5. ¿Cuál es la actuación de enfermería en cuanto a la educación del autocuidado del paciente diabético?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar un plan informativo y de capacitación para educar al paciente diabético sobre el autocuidado que debe tener en su domicilio como una herramienta para prevenir las complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indicar cuál es el autocuidado que debe tener el paciente diabético en su domicilio.
- Analizar cuál es la importancia del autocuidado del paciente diabético en su domicilio.
- Explicar las complicaciones que puede ocasionar si el paciente no tiene un buen control de la diabetes.

- Mencionar cuales son los signos y síntomas de las principales complicaciones de la diabetes.
- Describir la actuación de enfermería en cuanto a la educación del autocuidado del paciente diabético

1.4 HIPÓTESIS

Cuanto menor conocimiento del autocuidado tengan las personas con diabetes mellitus tipo I, mayor probabilidad tienen de desarrollar las complicaciones o alteraciones provocadas por la enfermedad.

1.5 JUSTIFICACIÓN

(OMS, 2010)

De acuerdo con datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes.

En México, de acuerdo a la Dirección General de Información en Salud del Gobierno Federal, existen 375,217 registros de defunciones por diabetes durante el periodo 2006-2010.

Para 2010, México es el país que presenta la mayor tasa de mortalidad a causa de la diabetes mellitus.

La diabetes provoca en el mundo alrededor de 3 millones de muertes cada año. En un estudio publicado en la revista The Lancet, señala de acuerdo con la OMS que el número de adultos con diabetes en todo el mundo aumentó de 153 millones en 1980 a casi un poco más de 300 millones en 2008. El 70% del aumento se debió al envejecimiento de la población y el 30% a una mayor prevalencia, por obesidad, Se estima que en 2010 hubo más de 300 millones de personas en el mundo con diabetes mellitus y se espera que el número de diabéticos crezca a 439 millones para el 2030. Este incremento es atribuido a varios factores.

Ante estas alarmantes cifras, se decide realizar el presente estudio en el barrio Las Flores del municipio de Frontera Comalapa, esta tesis busca promocionar el autocuidado que el paciente diabético debe tener en su domicilio, con la finalidad de incidir positivamente en sus hábitos de salud y evitar el riesgo de complicaciones propias de la diabetes.

1.6 DELIMITACIÓN TEMÁTICA

En la actualidad se observa que la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 1 ha tenido un crecimiento sostenido en su incidencia en la población.

Por lo cual, la importancia del estudio del tema va en aumento. Dada la amplitud del tema diabetes mellitus I, en la presente tesis, se profundiza sobre las medidas de autocuidado como un punto importante para el tratamiento y la mejora de la calidad de vida del paciente, es por ello que se formula el tema “promoción del autocuidado del paciente diabético en su domicilio”.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICO

2.1.1.- Antecedentes de la diabetes mellitus (Chiquete, Gonzales, & Panduro, 2001)Argumentan:

La diabetes mellitus (DM) es un problema médico reconocido por la humanidad desde hace miles de años. Los registros más antiguos acerca de esta enfermedad se encuentran en el papiro de Ebers (1535 a.C.), en el que se describe a una enfermedad caracterizada por el flujo de grandes cantidades de orina, además de remedios y medidas para tratarla, entre éstas algunas restricciones dietéticas. El término diabetes (día: a través; vetes: pasar) es atribuido al griego Areteo de Capadocia quien posiblemente fue el primero en diferenciar a la diabetes de orina dulce (mellitus, vocablo latino usado después) y la que carecía de tal sabor (insipidus). Es notable que entre las formas de tratar la DM figuraron desde la antigüedad las modificaciones de la dieta y el aumento de la actividad física, ambas ejes del tratamiento actual. A la humanidad le ha llevado muchos años llegar a tener el conocimiento contemporáneo de la DM. Tal vez en un futuro cercano se haga posible la meta anhelada por siglos: curar la diabetes mellitus.

En un número limitado de enfermedades se han revisado los acontecimientos históricos más importantes que han conducido al humano y su ciencia a entenderlas. Según los registros más antiguos, lo que hoy conocemos como diabetes mellitus (DM) es un problema médico desde hace algunos miles de años. Sin embargo, en esos registros es difícil distinguir si se habla de diabetes “insípida” o “mellitus” y, en este último caso, si se trata de la de inicio en la juventud o en la madurez. Mucho del conocimiento sobre esta enfermedad no gozó de registro. Pero lo que se sabe acerca de los aspectos históricos de la misma, lejos de tener sólo interés anecdótico nos señala la importancia que ha tenido, su impacto en la ciencia y, sobre todo, ayuda al humano a entender aspectos de él mismo. (pp.1 y 2)

(Rojo, 1999) Afirma:

La perspectiva histórica de la diabetes mellitus, en un manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, con lo cual quería expresar que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes. En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al

sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel).

En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. La primera observación necrósica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el "London Medical Journal" en 1788. Casi en la misma época el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras.

Relación de la obesidad y hábitos sedentarios con la aparición de la diabetes. En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos y anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo pasado, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, etc. y culminaron con las experiencias de pancreatectomía en el perro, realizadas por Mering y Minkowski en 1889.

La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato. Hedon, Gley, Laguesse y Sabolev estuvieron muy cerca del ansiado triunfo, pero éste correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Best quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas

médicas del siglo actual, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos.

La diabetes es tan antigua casi como el hombre, aunque no se sabe con certeza cuándo empezó realmente. Lo que sí sabemos es que la humanidad empezó muy pronto a darse cuenta de la existencia de una enfermedad que consistía en beber mucha agua, orinar mucho, tener hambre, perder peso y morir pronto si se era joven o no tan pronto, pero vivir mal, si empezaba después de los 40 años.

Estos síntomas figuran en los libros sagrados de la India, los Vedas, que comenzaron a escribirse hacia unos 1500 años antes de nuestra era. La primera referencia al sabor dulce de la orina aparece concretamente en el libro Yagur Veda Suruta (400 a.C.). Contemporáneo al libro de los Vedas se escribió en Egipto un famoso papiro (1500 a.C.) que fue descubierto el siglo pasado, en 1873, en una tumba de Tebas por el egiptólogo Ebers (1837-1898), que lo tradujo al alemán. Esto fue posible gracias al descubrimiento poco antes de la famosa piedra Rosetta, que nos dio la clave para la comprensión de la escritura jeroglífica de los egipcios. Este papiro se conserva hoy en la Universidad de Leipzig (Alemania). En el siglo III a.C. fue cuando Apolonio de Menfis dio a esta enfermedad el nombre de diabetes, palabra griega que quiere decir “pasada a través de”. Otros autores atribuyen a Areteo de Capadocia, médico turco nacido un siglo después de Apolonio, la creación de la palabra diabetes. Lo que sí hizo Apolonio es señalar la evolución fatal de la diabetes. Interpretó los síntomas de la siguiente forma: a estos enfermos se les deshace el cuerpo poco a poco y como los productos tienen

que eliminarse disueltos en agua necesitan orinar mucho (poliuria). Esta agua perdida tiene que ser repuesta bebiendo mucho (polidipsia). Como la grasa se funde poco a poco, se pierde peso (adelgazamiento) y como los músculos también van deshaciéndose, se queda sin fuerzas (astenia).

En el siglo XVI, van Helmont señala por primera vez el carácter lechoso del plasma sanguíneo de algunos diabéticos y mucho más tarde se descubre la frecuencia con que los diabéticos mal tratados tienen aumentada la grasa en la sangre, lo que hoy llamamos hiperglicemia, colesterol y triglicéridos. En el siglo XVII, Chevred descubrió que ese azúcar que apareció en la orina era glucosa. Terminado el siglo XVIII, Rollo introdujo el adjetivo "mélitus". Fue Frank, en 1752, quien separó de una manera definitiva la diabetes méllitus de la insípida. La méllitus tiene azúcar, la insípida no. Terminando el siglo XVIII y empezando XIX, el inglés Rollo define la diabetes como una enfermedad debida a trastornos digestivos del azúcar. (pp.1, 2 y 3).

(Rivero, 2007)

Areote de Capadocio, un médico griego que posiblemente estudió en Alejandria y residente en Roma describe las enfermedades clásicas como la tuberculosis la difteria y la epilepsia para él la Diabetes es una enfermedad fría y húmeda en la que la carne y los músculos se funden para convertirse en orina. Fue él quien le dio el nombre de Diabetes que en griego significa Sifón, refiriéndose el síntoma más llamativo por la exagerada emisión de orina. Él quería decir que el agua entraba y salía sin quedarse en el individuo.

El renacimiento y siglo XVI comienza a sucederse descubrimientos médicos, principalmente en Europa Paracelso

(1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creyendo que se trataba de sal y atribuyendo la diabetes a una deposición de ésta sobre los riñones causando la poliuria y la sed de estos enfermos.

Unos 100 años más tarde, Mathew Dobson (1725-1784) médico inglés de Liverpool hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes. Después de tratar un pequeño grupo de pacientes Dobson informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Dobson pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1.- Tesis denominada “Medidas de Autocuidado que realizamos a los pacientes diabéticos” (Carpio, 2005)

Eva Victoria Hidalgo del Carpio presentó la tesis para obtener el título profesional de la licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el tema “Medidas de Autocuidado que realizan los pacientes diabéticos”. Dentro del planteamiento del problema argumenta que según en la investigación realizada por la OMS, “todos los años mueren en el mundo 3.2 millones de personas por causas directamente relacionadas con la diabetes, como retinopatía, neuropatía y nefropatía diabética. En América Latina la situación es grave ya que hay 13,3 millones de enfermos y se calcula que habrá 33

millones en el 2030". Dentro de sus acciones preventivo promocionales cumple un rol muy importante en el cuidado del paciente diabético ya que realiza una serie de acciones, dirigidas a los diferentes factores que favorecen o limitan el autocuidado del paciente en la prevención de complicaciones siendo una de ellas la educación mediante la cual promueve estilos de vida saludables, mejorando su calidad de vida, contribuyendo así a disminuir las altas tasas de morbimortalidad de la diabetes.

Dentro de su formulación del problema, la pregunta realizada fue ¿Cuáles son las medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos y los factores socioculturales que lo favorecen o limitan su cumplimiento, en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo?

Su objetivo general fue: "Determinar las medidas de autocuidado, que refieren realizar los pacientes que asisten al programa de diabetes"

Dentro del marco teórico revela algunas teorías. En la cual se menciona que Orem propone requisitos de autocuidado para la atención de enfermería (universal, de desarrollo y de desviación de la salud) que son expresiones de los tipos de autocuidados que los pacientes requieren Dentro de los requisitos de autocuidado tenemos: Requisitos de Autocuidados Universales, llamados también de Base, son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital, tales como: actividades de la vida cotidiana, higiene física, mental. Comprende: Aire, alimentación y agua, Eliminación, Salud, interacciones sociales, Actividad y reposo, Acontecimientos que ponen en peligro la vida y el bienestar Normalidad en relación al crecimiento y desarrollo, salud física y mental, compartir creencias y prácticas relativas a la salud y enfermedad. Argumenta que Colliere define el cuidar como

un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y reproduzca.

En la tesis realizada de la autora Eva Victoria Hidalgo del Carpió, el diseño metodológico utilizado es el estudio de tipo cuantitativo y nivel aplicativo, ya que se concentra en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico inmediato. En cuanto al diseño el estudio es descriptivo de corte transversal.

La población de estudio está constituida por los pacientes con diabetes tipo 2 que asisten al programa de diabetes del mencionado hospital, aproximadamente 200 por mes. Los pacientes que acuden al programa de diabetes la mayoría poseen un nivel socioeconómico de medio a bajo. Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión: Criterios de inclusión o Pacientes mayores de 35 años diagnosticados con diabetes tipo 2, con tiempo no menor de un mes de enfermedad. o Pacientes que asisten regularmente al programa, el tamaño de la muestra se estableció con un nivel de confianza de 95% y un error relativo de 7%, se obtuvo una muestra de 100 pacientes que representa el 50% de la población de un mes. Aplicándose la fórmula para población finita.

La técnica de muestreo es la del muestreo probabilístico que consiste en extraer una parte muestra de una población o universo, basándose en el principio de equiprobabilidad, es decir, que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra, asegurando de esta manera la representatividad de la muestra extraída.

Para la recolección de los datos utilizó la técnica de la entrevista, por ser la más apropiada para la recolección de los datos, mediante el cual se aplicó el instrumento cuestionario.

2.3.-MARCO DE TEÓRICO

2.3.1.-Definicion

Según (Correa, 2011)

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

(Villalva Castaño, 2011)

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónica más frecuentes en la edad pediátrica. La aparición de nuevas insulinas y la intensificación del tratamiento han permitido establecer nuevos objetivos de control metabólico y dar una mayor calidad de vida a niños y adolescentes. El tratamiento se sustenta en tres pilares: insulino terapia, ejercicio y nutrición que junto con la

educación diabetológica, logran un control óptimo y la prevención de complicaciones a corto plazo.

2.3.2.- sistema y órganos (Rojas, Contreras, & Martínez, 2012)

Acción autoinmune (la destrucción inmunológica de las células β de los islotes de Langerhans en el páncreas), la producción de insulina se ve afectada de una manera muy significativa. Ocurre una disminución en la masa de las células encargadas de la producción de esta hormona. En consecuencia, existe una deficiencia total en su producción Diabetes mellitus tipo I

El Páncreas: es una glándula blanda, alargada, cónica, mixta, de secreción interna y externa, anexa al tubo digestivo. Está localizada transversalmente entre la segunda porción del duodeno y el bazo, detrás del estómago y delante de los gruesos vasos abdominales, corresponde a la primera y segunda vértebras lumbares. Su peso medio es de 70 gramos, su longitud es de quince centímetros, su altura de siete y su espesor de dos a tres. In vivo posee una coloración blanco rosada o blanco grisácea. Se distinguen en esta glándula cuatro partes: en la extremidad derecha, la cabeza y el cuello (istmo); la extremidad izquierda o cola y una intermedia o cuerpo. Su aparato excretorio está constituido por finos conductos intraoculares, los conductos intercalares o canales de Boll. Estos conductos convergen entre sí para formar los conductos íterlobulares que recorren los tabiques conjuntivos íter lobulares y desembocan en: por un lado un conducto principal o conducto de Wilson que se extiende de una a otra extremidad de la glándula, cuyo eje ocupa, a nivel de la cabeza, tuerce hacia abajo, y atrás, se pone en contacto con el conducto colédoco y que se abre junto con este en la ampolla de

Vater, para verter su producto en el duodeno por la carúncula mayor de Santorini; por otro por un conducto accesorio que toma su origen en la propia cavidad del conducto principal, a nivel del punto en que este último cambia de dirección; desde allí atraviesa la cabeza del páncreas y va a desembocar en el duodeno a nivel de un tubérculo cónico, la carúncula menor de Santorini. El diámetro de este conducto crece de derecha a izquierda y la circulación se verifica en el mismo sentido; es avalvular y puede ser considerado como una simple derivación.

Páncreas exócrino: El tejido exocrino también secreta grandes cantidades de bicarbonato de sodio hacia el duodeno, lo cual neutraliza el ácido proveniente del estómago. Esta secreción de bicarbonato de sodio fluye a través de una serie de conductos colectores que corren a lo largo de la porción central del páncreas (por el conducto pancreático). Este conducto se une posteriormente con el conducto biliar común, procedente de la vesícula biliar y del hígado, para formar la ampolla de Vater, que finalmente desemboca en el duodeno a nivel del esfínter de Oddi.

Están inervados por el sistema nervioso autónomo y existen comunicaciones intercelulares.

- Células alfa: producen glucagón, que contribuye a descomponer el glucógeno almacenado en el hígado a fin de ser utilizado, lo que provoca la concentración de azúcar en sangre.

- Células beta: producen proinsulina. La proinsulina es la forma inactiva de la insulina que se convierte en insulina en la circulación. La insulina entonces transporta la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede utilizarse como combustible. Así mismo controla la velocidad con que ésta se consume. Gracias a su acción la glucosa sobrante también es almacenada por el hígado en forma

de glucógeno. En las células grasas convierte la glucosa en triglicéridos. Participa en la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas.

□ Células delta: producen somatostatina, hormona proteica que interviene indirectamente en la producción, regulación e inhibición de la insulina y glucagón, regulando por ende la glucemia. La secreción de la somatostatina está regulada por los altos niveles de glucosa, aminoácidos y de glucagón. Su déficit o su exceso provocan indirectamente trastornos en el metabolismo de los carbohidratos.

□ Células F ó PP: producen polipéptidos pancreáticos. Entre las funciones del polipéptido pancreático destacan la inhibición de zimógenos pancreáticos, la relajación de la vesícula biliar y el aumento, tanto del vaciamiento gástrico, motilidad gastrointestinal así como del tránsito intestinal. Su secreción depende de diversos factores tales como la in-gestión de proteínas, el ayuno, el ejercicio, una intensa hipoglucemia y la estimulación vagal, siendo inhibida por efecto de la somatostatina y la administración de glucosa por vía intravenosa. Sus niveles en plasma aumentan como consecuencia de

Una insulina, gastrinoma, diabetes dependiente de insulina así como de casos de hiperparatiroidismo, disminuyendo los niveles en casos de neuropatía diabética.

Insulina: es una hormona anabólica, polipeptídica y de origen pancreático que fue descubierta por Batín y Brest. Esta hormona posee un peso molecular de 6000, está constituida por dos cadenas de aminoácidos unidas por dos puentes disulfuro, la cadena A contiene 21 aminoácidos y B con 30 aminoácidos, cuya secuencia es característica de cada especie

2.3.3.-Tipos de autocuidado

Para (Correa, 2011)

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidados:

CUIDADO O ASISTENCIA A OTROS: esta forma de cuidado corresponde a la atención sanitaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial.

CUIDADO ENTRE TODOS (NOS CUIDAMOS): El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; por ej., la disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en procura del bienestar común.

CUIDADO DE SÍ (ME CUIDO): Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho

de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida.

2.3.4.-Signos y síntomas

Los síntomas de la diabetes incluyen:

- Aumento de la sed y de las ganas de orinar
- Aumento del apetito
- Fatiga
- Visión borrosa
- Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies
- Úlceras que no cicatrizan
- Pérdida de peso sin razón aparente

Los síntomas de la diabetes tipo 1 pueden aparecer rápidamente, en cuestión de semanas.

2.3.5.-Causas

(García, 2006)

La diabetes tipo 1 ocurre cuando el sistema inmunitario, que combate las infecciones, ataca y destruye las células beta del páncreas que son las que producen la insulina. Los científicos piensan que la diabetes tipo 1 es causada por genes y factores ambientales, como los virus, que pueden desencadenar la enfermedad. Algunos estudios como el TrialNet están enfocados

en identificar las causas de la diabetes tipo 1 y las posibles maneras de prevenir o retrasar el progreso o comienzo de la enfermedad.

2.3.6.- Diagnostico

(Salud, 2001)

El diagnóstico es usualmente sencillo; lo más importante es la difusión del conocimiento sobre la existencia de esta entidad, para que la familia y sobre todo el equipo médico de atención primaria, piensen en ella y puedan rápidamente buscar ayuda. También es fundamental realizar el diagnóstico a tiempo, a fin de corregir los efectos metabólicos severos que este trastorno presenta y evitar las complicaciones que son de rápida evolución, pues por su complejidad comprometen la vida del paciente.

Prueba de hemoglobina glucosada. Este análisis de sangre indica el nivel promedio de azúcar en la sangre de los últimos dos o tres meses. Mide el porcentaje de azúcar en sangre unido a la proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno (hemoglobina). Cuanto más alto sea el nivel de azúcar en la sangre, mayor será la cantidad de hemoglobina con glucosa. Un nivel de A1C del 6,5 por ciento o más en dos análisis separados indica la presencia de diabetes.

2.3.7.- Tratamiento

(SALUD, 2013)

El tratamiento de la diabetes tipo 1 comprende:

- Tomar insulina. Se utiliza para controlar el azúcar en sangre en las personas que tienen diabetes tipo 1 (condición en la que el cuerpo no genera insulina y, por lo tanto, no puede controlar la cantidad de azúcar en la sangre)
- Realizar un recuento de hidratos de carbono, grasa y proteínas
- Controlar con frecuencia el azúcar en la sangre
- Consumir alimentos saludables
- Hacer ejercicio en forma regular y mantener un peso saludable

El objetivo es mantener el nivel de azúcar en sangre tan cerca del normal posible para postergar o prevenir las complicaciones.

Lo recomendable es que la glucemia se mida al levantarse por la mañana y antes del desayuno y se considera normal si los niveles de glucosa que se sitúan entre los 70 y 100 mg/dl en ayunas y en menos a 140 mg/dl dos horas después de cada comida.

Los valores de referencia para la glucemia en ayuno son:

- Normal: inferior a 99 mg/dl;
- Pre-diabetes: entre 100 a 125 mg/dl;
- Diabetes: superior a 126 mg/dl en dos días diferentes.

El tiempo de ayunas para el examen de la glucosa es de 8 horas, y el individuo no debe comer ni beber nada durante este período.

Antes de realizar el examen no se debe fumar y se debe evitar realizar esfuerzos.

2.3.8.- Factores de riesgo

(García G. E., 2017)

Algunos de los factores de riesgo conocidos de la diabetes tipo 1 son:

- Antecedentes familiares. Cualquier persona con un padre, una madre, un hermano o hermana con diabetes
- Tipo 1 tiene un riesgo levemente mayor de padecer la enfermedad.
- Genética. La presencia de ciertos genes indica un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 1.

2.3.9.-Prevención

Cómo se puede prevenir la diabetes mellitus

1. Perder peso y mantenerlo.
2. Seguir un plan de alimentación saludable.
3. Haga ejercicio regularmente. .
4. No fumar
5. Hable con su proveedor de atención médica para ver si hay algo más que pueda hacer para retrasar o prevenir la diabetes tipo 2.

2.3.10.- Alimentación:

- Número de comidas y horarios.
- Distribución de los hidratos de carbono en las diferentes comidas
- Registro de ingesta diaria cuantitativa y cualitativamente
- Limitaciones dietéticas.
- Gustos y preferencias

2.3.11.- Complicaciones

Con el paso del tiempo, las complicaciones de la diabetes tipo 1 pueden afectar los órganos principales del cuerpo, como el corazón, los vasos sanguíneos, los nervios, los ojos y los riñones. Mantener un nivel de azúcar en sangre normal puede reducir, en gran medida, el riesgo de sufrir diversas complicaciones.

- Ubicación geográfica. La incidencia de la diabetes tipo 1 tiende a aumentar a medida que uno se aleja del Ecuador.
- Edad. Aunque la diabetes tipo 1 puede aparecer a cualquier edad, aparece en dos momentos críticos. El primer momento crítico se da en niños de entre 4 y 7 años y el segundo, en niños de entre 10 y 14 años.

2.3.12.- Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica

(Ávila, Norma Oficial Mexicana de Diabetes Mellitus, 2010)

Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica: El diagnóstico de la enfermedad produce una grave distorsión en la vida de la persona, por la amenaza implícita o explícita que supone a su integridad, así como por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que

deberá hacer frente desde el inicio. Los problemas afectan a 3 áreas:

1-Área personal: pérdida del estado de salud anterior, modificaciones o pérdidas en la escala de valores y filosofía de la vida, sentimientos de impotencia o desesperanza, miedo a lo desconocido, miedo a la pérdida del control propio y del medio y respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

2- Área familiar: los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida de la homeostasis familiar anterior. Pérdida del rol y los cambios en el rol que deben asumir los demás miembros de la familia.

3- Área social: los problemas más relevantes están centrados en la pérdida de relaciones y lazos afectivos, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

Teresa Luis Rodrigo afirma que la valoración no solo es el registro de datos sino la puesta en marcha de un proceso sistematizado y completo que debe de constar de:

1. Recogida de datos a través de la entrevista, la observación y el examen físico.
2. Validación y organización de los mismos, según el modelo enfermero adoptado.
3. Registro en un instrumento de valoración estandarizado en el cual los datos tanto objetivos como subjetivos, queden recogidos, organizados y clasificados de forma que nos orienten hacia la obtención 5 de diagnósticos de una forma integradora y no lineal, indicándonos a su vez problemas que deban de ser tratados en colaboración o por otro profesional.

2.3.13.- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

(RAMÍREZ, 2017)

El autocuidado se refiere a las actividades de salud no organizadas y a las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo etc. Comprende la automedicación, el auto-tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. El personal de enfermería debe buscar espacios en los cuales las personas diabéticas puedan reflexionar y poder discutir de lo que sabe, vive y siente ante las situaciones de la vida y su salud. Esto les permitirá identificar prácticas para su autocuidado.

Las enfermedades crónicas, pueden ser prevenidas en un 60%, o en todo caso retardar su aparición. La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra a las personas con factores de riesgo. Es esencial que los programas encaminados a la prevención se dirijan a lograr cambios en el estilo de vida. Se debe estimular la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos, asociaciones y otras organizaciones, para promover la adopción de estilos de vida saludable; debe coordinarse con instituciones que puedan impulsar la actividad física

(Ejercicio), el deporte, la alimentación saludable, fomentar la política de no al tabaco, no al alcohol, con pertinencia cultural.

Las medidas de prevención las realizarán los servicios a través de: Utilización de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa, etc.), esta modalidad

influye en la opinión pública y estimula una conciencia general hacia los problemas de salud, puede corregir tópicos que se dificultan en el abordaje individual entre ellos tenemos televisión, prensa, radio, internet, puede facilitar la captación de personas que desconocen que tienen la enfermedad o motiva al autocuidado del que la padece, sin embargo hay que tener cuidado con los mensajes transmitidos; no hay peor desinformado que el mal informado, se debe evitar temores infundados, falsas esperanzas y verdades a media

La promoción y educación para la salud con apoyo de material impreso. Creación de grupos organizados multisectoriales, para la prevención de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Detección de personas con factores de riesgo, para su abordaje integral. Dar a conocer Los factores protectores para la prevención y control de estas enfermedades tales como: Mantener peso ideal (índice de masa corporal menor a 25%), Práctica de actividad física (ejercicio moderado 30 minutos diarios). Alimentación saludable (disminución de ingesta de azúcares, carbohidratos, grasas saturadas y aumento del consumo de frutas y verduras, cinco porciones al día). Evitar uso de tabaco y alcohol, así como otro tipo de drogas (8) Educación: Muchas veces la educación sanitaria se considera como un proceso informal y no se distingue de la actividad asistencial. El proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético. Este facilita el alcance de los objetivos de control metabólico, que incluyen la prevención de las complicaciones a largo plazo y permiten detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar.

Entre los requisitos para ingresar al club están que sea persona con diabetes mellitus, sin complicaciones, elaborar historia clínica,

residir cerca del servicio de salud (de preferencia), tener interés en aprender y mejorar su autocuidado. (8)

Según las guías de atención de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social entre las consideraciones para la formación de grupos se puede mencionar la importancia de promocionar su existencia para poder ampliar su cobertura, conformar el equipo técnico del Club de diabéticos, nombrar un coordinador responsable de este club, elaborar un programa de trabajo, contar con una sede para desarrollar todas las actividades que este club este realizando, el día de la reunión del club, puede coincidir con el día de control médico, para optimizar el tiempo.

Se recomienda elaborar una agenda a desarrollar en las actividades del club y tener un plan de trabajo con los temas a tratar y las actividades para el desarrollo de los temas, como actividad física, alimentación, cuidado del pie, no consumo de tabaco, incluir además educación sobre temas varios.

2.4.- Marco conceptual

EPIDEMIA: Es produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto.

MORBILIDAD: es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades.

MORTALIDAD: se usa para definir la tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período.

CONTROL METABÓLICO: es Valorar el grado de control glucémico y del resto de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes diabéticos seguidos en consultas externas

CETOACIDOSIS: es una afección que pone en riesgo la vida y que afecta a personas con diabetes. Ocurre cuando el cuerpo empieza a descomponer la grasa demasiado rápido. El hígado convierte la grasa en un impulsor llamado cetona que hace que la sangre se vuelva ácida.

ADHERENCIA A LA DIETA: se define como la capacidad de añadir, lograr un enlace o conexión, por lo que, si hablamos de adherencia a una dieta podemos describir la misma como la capacidad de sostener comportamientos o patrones de alimentación en el tiempo, de incorporar como propios los mismos, de lograr un vínculo con ellos o lo que sería igual, de transformarlos en algo habitual.

INTERCONDUCTUAL: consiste de la interacción de organismos con objetos, eventos y otros organismos, así como con sus cualidades y relaciones específicas. Además, los eventos psicológicos implican la participación de los organismos en su totalidad y no sólo de tejidos u órganos particulares.

DIFUSIÓN MASIVA: es transmitir la información acerca del trabajo de las Naciones Unidas. Los Centros de Información están diariamente en contacto con los medios nacionales y locales

HIPERCOLESTEROLEMIA: consiste en la presencia de colesterol en sangre por encima de los niveles considerados normales. Este

aumento, que se asocia a problemas coronarios, depende de la dieta, el sexo, el estilo de vida y la síntesis endógena.

DIABETES INSÍPIDA: es un trastorno anormal que provoca un desequilibrio de líquidos en el cuerpo. Este desequilibrio te provoca mucha sed, incluso si has bebido algo. También te hace producir grandes cantidades de orina.

HIPERGLICEMIA: es el exceso de azúcar (glucosa) en la sangre. El sistema endocrino regula la cantidad de azúcar que se almacena y utiliza para energía, necesaria para el funcionamiento de las células.

NEFROPATÍA: se refiere al daño, enfermedad o patología del riñón. ... Una causa de la nefropatía es el uso de analgésicos a largo plazo. Las medicinas para el dolor que pueden causar problemas del riñón incluyen la aspirina, acetaminofén, y los antiinflamatorios no esteroideos, o AINEs.

DIFTERIA: es una infección bacteriana grave que, por lo general, afecta las membranas mucosas de la nariz y la garganta.

ANATOMOPATOLÓGICO: Es el estudio de las características de una muestra de tejido, las cuales nos indican que tipo de enfermedad se padece y, en el caso de tumores, si éstos son benignos o malignos

PANCREATECTOMÍA: a una intervención quirúrgica en la que se extirpa el páncreas, bien de forma parcial o total. Puede realizarse mediante cirugía abierta o con laparoscopia

HIPOGLUCEMIANTE: a cualquier factor que disminuya los niveles de glucosa en sangre. Los fármacos con estas características son especialmente importantes en el control de la diabetes

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 investigación básica

También recibe el nombre de investigación pura, teórica o dogmática. Se caracteriza porque parte de un marco teórico y permanece en él; la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico.

Nuestro tema “el autocuidado del paciente diabético en su domicilio fue de investigación básica porque para poder adquirir más conocimientos del tema tuvimos que investigar y tomar opiniones de algunos autores y así pudimos analizar que la diabetes mellitus de tipo 1 es prevalente en personas mayores y que las personas con esta enfermedad tienen que llevar un autocuidado más estricto.

3.2 diseño de la investigación

3.2.1 de campo

Este tipo de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones.

Nuestra investigación es de campo ya que nuestra muestra fue tomada del barrio Santa Cruz con la realización de encuestas a personas de adultos mayores y también con una invitación a una reunión para poder otorgarles la información de la importancia del autocuidado que debe tomar en esta enfermedad.

3.2.2 Transversal

Un estudio transversal se conduce en un periodo de tiempo determinado. Con los estudios transversales se pueden observar diferentes variables en un solo momento.

Nuestro tipo de investigación fue transversal ya que las encuestas realizadas fueron solo una vez en un momento determinado, con la ayuda de la recolección de datos pudimos registrar y analizar los resultados para darle continuidad.

3.3 POBLACIÓN

3.3.1 delimitación espacial

3.3.1.1 Macro localización

(Mendigucha, 2017)

La presente investigación se realizó en el municipio de frontera Comalapa el cual se encuentra entre los límites de la Sierra Madre y entre la Depresión Central en el estado de Chiapas, Referente a su distribución territorial, dicho municipio colinda al norte con la Trinitaria, al oeste con el municipio de Chacémoselo, al sur con los de Bella Vista y Amatenango de la Frontera y al este con la República Mexicana. aparece desde el siglo XVI, atendido por doctrineros del convento dominico de Comitán. En 1665 Comalapa pertenecía al curato de Yayagüita del convento de Comitán. En 1921 era Cabecera Municipal. En 1943 se considera municipio de segunda clase. El 18 de noviembre de 1943 se decreta el cambio de nombre de una de sus localidades, El Ocotál por el de Ciudad Cuauhtémoc, sitio hasta donde llegara la carretera Panamericana. Cuenta con una extensión territorial de 765.06 km² los cuales representan el 5.62% de la superficie de la región Fronteriza y el 0.94% a nivel estatal. Es preciso saber que debido a las diferentes elevaciones que se pueden encontrar en el municipio de Frontera Comalapa, se ubica a una altitud promedio de 640 metros sobre el nivel del mar. El clima del municipio es cálido subhúmedo con lluvias en verano. Predomina la vegetación de tipo de selva mediana. De acuerdo con información de la Secretaría de Turismo, la infraestructura turística existente en el municipio, en el año 2000 había 4 hoteles con 75 habitaciones. Los principales atractivos turísticos son: Los paisajes a lo largo de los ríos, principalmente el San Gregorio, que da un toque mágico a la naturaleza del lugar. El municipio de Comalapa, Chiapas, cuenta con 73,436 habitantes (SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL, 2016), representa el 1.41% de los habitantes del Estado de Chiapas. La edad mediana de la población es de 22 años; El número de viviendas particulares habitadas es de 17,689, que representa el 1.43% de la Entidad. El 34.9% de la población

presenta rezago educativo; el 17.4 tiene carencia por acceso a los servicios de salud; el 21.4 cuenta con carencia por calidad y espacios en la vivienda; el 67.1% presenta carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda y el 21.0% tiene carencia por acceso a la alimentación. El coeficiente de Gini para Comalapa se establece en el 2010 en el rango de 03842-04259. El personal ocupado en el 2013 en este sector se integró de 5,593 personas. Se estima que para el 2020, este sector ocupe a 6,998 personas. El comercio, es el sector que más empleos ha generado en los últimos diez años, comparado con el de manufactura y construcción y el de servicios empresariales y relacionados. En México, la ley establece como actos de comercio, a todas las adquisiciones, enajenaciones y alquileres verificados con propósito de especulación comercial, de mantenimientos, artículos, muebles o mercaderías, sea en estado natural, sea después de trabajados o labrados. (CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, 1889). Según datos del 2008, el total de ingresos por suministro de bienes y servicios del sector comercio es de \$992, 885,000.00 que representa el 1.13% respecto al Estado de Chiapas, y un total de gastos por consumo de bienes y servicios, sector comercio por \$814, 616,000.00 que representa en este rubro el 1.08% respecto al Estado de Chiapas.

3.3.1.2 Microlocalización

Para efectos de nuestra investigación el estudio se realiza en la Colonia Barrio Santa Cruz, Frontera Comalapa, en Chiapas. Es una localidad del municipio, abarca un área cercana a 11 hectáreas. Está situado exactamente a 12.57 km del centro geográfico del municipio de Frontera Comalapa. Y está localizado

a 0.75 km del centro de la localidad de Frontera Comalapa. En ella viven unas 1,050 personas en 271 unidades habitacionales. Se registran 890 personas por km², con una edad promedio de 25 años y una escolaridad promedio de 8 años cursados.

Se realizaron encuestas a las personas con diabetes mellitus tipo 1, con la finalidad de obtener datos importantes para la realización de avances en nuestro trabajo y dar a conocer el autocuidado del paciente diabético en su domicilio.

3.3.2 universo o población

La población de nuestra investigación denominada “promoción del autocuidado del paciente diabético en su domicilio” está conformado por personas con la patología de diabetes mellitus tipo 1 de 30-45 años de edad que vivan en la localidad del barrio Santa Cruz de Frontera Comalapa Chiapas. El tamaño de la población es de XX

3.4 Muestra

Para la presente investigación la muestra es de tipo no probalística, ya que para el cálculo de su tamaño no se utilizan fórmulas estadísticas, dicho tamaño se define de acuerdo a los criterios del investigador.

El tamaño de la muestra de la tesis “promoción del autocuidado del paciente diabético en su domicilio” es de XX ya que se está tomando el % de una población de XX

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 investigación bibliográfica

La información para nuestro trabajo las obtuvimos de fuentes de internet, manuales, guías de práctica clínica, Norma Oficial Mexicana, revistas, artículos, y algunos otros autores.

3.5.2 aplicación de encuestas a la muestra de la población

Para efectos de la recolección de datos se aplicaron un total de (numero de encuestas que se realizan) encuestas a personas de 30 a 45 años de edad del barrio Santa Cruz de Frontera Comalapa que tengan la patología de diabetes mellitus tipo 1.

En seguida se presenta el formato de encuestas aplicadas a (número de encuestas que se realizan) personas de 30 a 45 años de edad del barrio Santa Cruz de Frontera Comalapa que tengan la patología de diabetes mellitus tipo 1.

DE LA TESIS DENOMINADA “EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN SU DOMICILIO”

Los alumnos de 8º Cuatrimestre de Lic. En Enfermería escolarizado de la Universidad del Sureste, estamos realizando la investigación de cuál es el autocuidado que tienen los pacientes diabéticos estando en su domicilio con La finalidad de obtener los datos necesarios para analizar y promover los cuidados que un paciente diabético debe conocer para su mejoría.

Para obtener los datos, contesta las siguientes preguntas:

ASPECTOS GENERALES. Marque con una X en la respuesta correcta.

Edad: _____ Ocupación:

Lugar de Procedencia:

Estado civil: () soltera () casada () viuda () divorciado () unión libre

Escolaridad: () primaria () secundaria () preparatoria () universidad

ANTECEDENTES HEREDITARIOS (*subraya la respuesta correcta*)

De su familia ¿quién más padece diabetes mellitus?

- A) Abuelos
- B) Papa
- C) Mama
- D) Hermano
- E) Otro _____

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS QUE DEBE LLEVAR EN BASE A LA ENFERMEDAD

1. ¿Ha recibido información acerca de los cuidados que debe llevar con base a su enfermedad?

- a) SI
- b) NO

2. ¿De quién la ha recibido?

- A) Medico
- B) Enfermera
- C) Promotor
- D) Trabajo Social
- E) Otro _____

3. ¿Ha llevado control de su enfermedad?

- A) Si

B) No

¿En dónde ha llevado su control?

A) Institución Particular

B) Hospital

C) Centro De Salud

E) Otros _____

4. ¿Con Que Frecuencia Acude A Sus Citas?

A) 1- 2 Veces Por Mes

B) 3-4 Veces Por Mes

C) 5-6 Veces Por Mes

D) 6 O Más

5. ¿conoce los alimentos que debe consumir para tratar su enfermedad?

A) Si

B) No

6. ¿Cuáles son los alimentos que más consume?

A) Carnes

B) Frutas Y Verduras

C) Cereales

D) Otros

7. ¿Cuál es el síntoma que presenta cuando la glucosa se le altera?

A) Agotamiento

B) mucha sed

C) mucha hambre

D) Otros

8. ¿Qué actividad física realiza para mejorar su salud?

A) Correr

B) Caminar

C) Solo aseó de casa

D) Ninguno

9. ¿conoce algunas de las complicaciones de su enfermedad?

a) si

b) no

10. ¿conoce las cifras en las que se mantiene su glucosa?

R: _____

LOS DATOS OBTENIDOS SERÁN TRATADOS DE FORMA CONFIDENCIAL. GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

3.5.3 aplicación de entrevista a expertos

ENTREVISTA A UN MÉDICO

Los alumnos de 9° Cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, campus Comalapa, estamos realizando una entrevista con motivo de la elaboración de nuestra tesis que lleva por nombre **“promoción del autocuidado del paciente diabético en su domicilio”**.

Por lo cual en el siguiente apartado organizamos algunas preguntas que pedimos a que colabore con contestarlas, las respuestas serán utilizadas confidencialmente.

1. ¿Qué es la diabetes mellitus tipo 1?

2. ¿Cuál cree que sea el nivel de conocimiento de autocuidado que tengan las personas con esta enfermedad?

3. ¿Cuáles son los factores predictores de la diabetes mellitus tipo 1?
4. ¿Qué otras enfermedades se asocian con la diabetes mellitus tipo 1?
5. ¿Son efectivos los programas educativos estructurados dirigidos a personas con diabetes mellitus tipo 1 y a sus familiares?
6. Con base a la educación dirigida a familiares y personas con diabetes mellitus tipo 1: ¿Cuándo, cómo, por quién y con qué contenidos impartirla?
7. ¿Cuál es la alimentación más adecuada para las personas con diabetes mellitus tipo 1?
8. ¿Qué plan de alimentación es más aconsejable para las personas con diabetes mellitus tipo 1?
9. ¿Cuáles son los beneficios del ejercicio físico para las personas con diabetes mellitus tipo 1?

10. ¿Cuáles son los beneficios e inconvenientes del manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 1?

11. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en su domicilio?

12. ¿En cuanto a nuestra hipótesis usted cree que sea aceptada o rechazada? **Hipótesis:** Cuanto menor conocimiento del autocuidado tengan las personas con diabetes mellitus tipo I, mayor probabilidad tienen de desarrollar las complicaciones o alteraciones provocadas por la enfermedad.

ENTREVISTA A UN ENFERMERO

Los alumnos de 9° Cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, campus Comalapa, estamos realizando una entrevista con motivo de la elaboración de nuestra tesis que lleva por nombre “**promoción del autocuidado del paciente diabético en su domicilio**”.

Por lo cual en el siguiente apartado organizamos algunas preguntas que pedimos a que colabore con contestarlas, las respuestas serán utilizadas confidencialmente.

1. ¿cuáles son sus conocimientos acerca de la diabetes mellitus?

2. ¿cuáles son los cuidados para un paciente con esta enfermedad?
3. ¿ cómo debe seguir un control adecuado en la diabetes mellitus ¿
4. ¿ es considerado una serie de ejercicios para mantener un control adecuado de la enfermedad?
5. ¿cuál sería la promoción del auto cuidado que le brindaría a un paciente diabético?
6. ¿cómo brindaría una prevención ante la presencia de otra enfermedad Asociada?
7. ¿qué signos y síntomas son de alarma en dicha enfermedad?
8. ¿qué intervenciones de enfermería brindaría?
9. ¿En cuanto a nuestra hipótesis usted cree que sea aceptada o rechazada? **Hipótesis:** Cuanto menor conocimiento del autocuidado tengan las personas con diabetes mellitus tipo I, mayor probabilidad tienen de desarrollar las complicaciones o alteraciones provocadas por la enfermedad.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.2 Presentación de resultados

4.2.1 resultados de la aplicación de encuestas a la muestra de la población

4.2.2 resultados de la aplicación d entrevista a expertos

4.2.2.1 del primer experto

4.2.2.2 del segundo experto

4.2.3 resultados y logros de los objetivos de la investigación

4.2.3.1 del objetivo general

4.2.3.2 de los objetivos específicos

MARCO METODOLOGICO

(1.) De la tesis denominada : “promoción del Autocuidado al paciente diabético en su domicilio”

(2.) La investigación parte de la muestra tomada del barrio Santa Cruz, Frontera Comalapa Chiapas.

(3.) La investigación a realizar es a las personas ya sea de sexo masculino o femenino con la patología de diabetes mellitus tipo 1 en edad adulta de 35 a 45 años de edad para la promoción del autocuidado.

(4.) La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas, este tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con deficiencia de insulina antes de los 30 años de edad. Esta enfermedad requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado. Las guías de

tratamiento ayudan a tener en mente estos objetivos y facilitan el progreso hacia una vida saludable. Dentro de las metas de salud o cuidados están

1. La dieta

2. El programa de ejercicios

3. La forma de tomar los medicamentos adecuadamente

4. Aprender a resolver problemas mentales

5. Lograr un control de los niveles de glucosa

6. Prevenir complicaciones crónicas.

(5) Se realizarán pláticas, talleres y capacitación a las personas para la educación sobre la diabetes mellitus, estas actividades estarán relacionadas con una serie de preguntas para poder identificar el conocimiento de las personas y así poder tener una buena comunicación “expositor y público”.

Estas actividades tendrán diferentes sesiones informativas y educativas, como por ejemplo:

En base a las pláticas se les dará una serie de información plasmadas ya sea en diapositivas, que ayudaran a la captación de la información ya mencionada, estas pláticas tendrán duración de aproximadamente de unos 45 a 50 minutos

En el taller y capacitación se les otorgara explicaciones acerca del autocuidado de la diabetes como la forma de alimentarse, que tipos de ejercicios pueden adquirir, como poder llevar un buen control de sus niveles de glucosa y que alimentos consumir. Las personas o pacientes podrán aclarar dudas y adquirir nuevos conocimientos. Estos talleres tendrán duración aproximadamente de unos 15 a 20 minutos.

(6) material de apoyo:

Se realizarán diversas diapositivas y láminas que portaran información acerca del tema con ellos los pacientes y las demás personas podrán resolver dudas acerca de la enfermedad y poder adquirir un buen autocuidado.

Conclusión

La diabetes mellitus indica que el nivel de glucosa, o azúcar, se encuentra muy elevado en la sangre. En la diabetes tipo 1, el páncreas no produce insulina. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa penetre en las células para suministrarles energía. Sin la insulina, hay un exceso de glucosa que permanece en la sangre. Con el tiempo, los altos niveles de glucosa en la sangre pueden causarle problemas serios en el corazón, los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes. Con base a nuestro primer capítulo pudimos obtener información acerca de la enfermedad, así también conocer cómo afecta a nivel mundial, estatal y saber acerca de las definiciones de algunos autores en la cual pudimos analizar la importancia de conocer más acerca de esta patología. Con base a nuestra formulación del problema pudimos plantear algunas preguntas de la cual derivamos a nuestros objetivos específicos y con base a la realización de nuestros objetivos podemos concluir que cada uno de ellos tuvieron una gran importancia puesto que si pudimos obtenerlos y poder llegar a la promoción de los pacientes diabéticos para su autocuidado y la mejora de su enfermedad. Como se mencionó en

la hipótesis que entre más conocimiento tenga el paciente diabético de su enfermedad menor riesgo tiene de sufrir complicaciones es indudable de esto ya que con base a los cuidados que se otorgaron a los pacientes se puede decir que más de alguno logro obtener y retener información para su mejora. Dentro de nuestro tipo de investigación como se mencionó fue de tipo básica en la cual tuvo la finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente, es decir a partir de información que ya se tenía pudimos obtener más a través de nuestra población y de ello analizar los casos más frecuentes de la misma enfermedad. Con base a la aplicación de encuestas también se logra obtener información de los pacientes encuestados en donde podemos asegurar la falta de conocimientos en su propia enfermedad y que por ello podemos concluir que existen más afectaciones al propio paciente por la falta de información y que sin embargo esto les conlleva a las complicaciones desencadenadas por la enfermedad, como consecuencia llegan a comprometer más su salud incluso llegar hasta la muerte y con ello un aumento en las tasas de mortalidad por la falta de información de cómo cuidarse por sí solos. Así también la promoción de cuidados a los pacientes para su enfermedad ayuda a ser independientes de un doctor, es decir cuidarse por sí solos sin necesidad de acudir con frecuencia al doctor por simples detalles, aunque es requerirle pero una vez estando seguros de los aspectos a valorar de su enfermedad pueden estar en auto vigilancia desde su alimentación hasta las cifras de su glucosa que debe manejar estando en su hogar. Es por ello la importancia de nuestra investigación y que con ayuda de cada recopilación de información, autores solicitados, guías de práctica clínica, normas oficiales, autores de revistas, diarios, etc.

pudimos obtener lo requerido para la investigación que se llevó a cabo.

Bibliografía

Ávila, M. H. (23 de NOVIEMBRE de 2010). segunda seccion secretaria de salud. *NOM-015*, pág. 39.

Carpio, E. V. (01 de diciembre de 2005). Medidas de autocuidado que realizan que realizan los pacientes diabéticos. *Tesis para optar el título profesional de Licenciatura en Emfermería*. Lima, Perú, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Chávez, M. H. (2004). DIABETES. 50.

Chiquete, E., Gonzales, P. N., & Panduro, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. *Investigacion en salud*, 1-6.

Coelho, M. (2015). ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO. *ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO*, 1-43.

Correa, O. T. (2011). El autocuidado. *Una habilidad para vivir*, 1-12.

Could, & Troughton. (2015,). development of livestyle. *development of livestyle*, 1-60.

Estudillo, D. E. (2009). ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA. En D. E. Estudillo, *ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA* (pág. 150). Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria .

- Fernández. (2015). *estrategias de autocuidados* . mexico .
- Gallego, Ochoa, W. O., Morales, & Escobedo, E. (23 de 05 de 2018). LEY PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES EN EL ESTADO DE CHIAPAS. *ultima reforma*, pág. 22.
- García, S. (2016). pacientes con DM. *pacientes con DM*, 1-62.
- Gonzalez. (2015). CONOCIMIENTO DIABETICO. *conocimiento diabetico*, 1-56.
- Gutierrez, L., Abarca Gil, M., Mendoza, M., & Zamora, A. (2012). Apoyo Educativo de Enfermería en el Autocuidado del Paciente Diabético. *Desarrollo Cientif Enferm*, 5.
- Jackson. (2014). *conocimiento de las practicas de autocuidado*. lima peru.
- Martins, B., Zanett, I., & Lucia, M. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un mexico. *Latino-Am. Enfermagem*, 9.
- Mendigucha, P. S. (martes de Agosto de 2017). Frontera Comalapa. *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de mexico*, págs. 1-9.
- Miro, F., & Arnó, G. (1978). *alimentacion en diabetes*. chile: chile.
- Mosby, S. L. (2001). *Autocuidado en personas con diabetes mellitus*. Chile: edicion 4 diabetes.
- Olivera, L., Beutelspacher, E. t., & Nazar, A. (2011). autocuidado de diabetes:una mirada de prespectiva de genero. *estudios demograficos y urbanos*, 32.
- Orozco, C., Astrid, Machado, C., Adriana, Bohórquez, H., & Castro, C. (2011). Capacidad de autocuidado en pacientes

diabéticos que asisten a consulta externa. *Investigaciones Andina*, 678.

Rivera, J. (2008). *métodos de tratamiento del paciente diabético*. EUA: 130.

Rivero, G. S. (2007). Historia de la diabetes. *GASETA MÉDICA BOLIVIANA* , 1-7.

Rodríguez. (2012). *aderencia de ala dieta* . colombia .

Rojo, J. A. (1999). El termino diabetes: Aspectos historicos. *Panace Medicina*, 1-7.

Romero. (2010). *autocuidado con pasientes duabeticos* .

Villalva Castaño, A. G. (2011). Diabetes Mellitus Tipo 1. *Puesta del dia*, 1-9.

Zafra. (2001). nivel de auocuidado. *nivel de auocuidado*, 1-76.