

CAPITULO II

1.1. MARCO TEÓRICO

1.2. Diabetes

La Diabetes mellitus (DM), en conjunto, es un grupo de enfermedades que consiste en una alteración metabólica que se caracteriza principalmente por un aumento en los niveles de glucosa en la sangre comúnmente como hiperglucemia, causada por el defecto de la hormona insulina. Constituye una variable de predisposición, tales como la hereditaria, la edad ya que el riesgo de diabetes va en aumento y por ultimo los factores ambientales que afectan al metabolismo que son causantes del exceso de peso, obesidad y la falta de actividad física. (Acad. Dr. Felipe Cruz Vega, 2013)

1.2.1. DIABETES MÁS COMUNES CLASIFICACIÓN

DM1

Se deriva a que existe una destrucción autoinmune de las células beta del páncreas a lo que conduce a una deficiencia de la insulina, este padecimiento se presenta comúnmente en la infancia debido a los antecedentes de familiares que la han padecido lo que desemboca a la herencia. (Acad. Dr. Felipe Cruz Vega, 2013). Cerca del 5-10% de las personas las padecen esto de acuerdo a la American Heart Association.

DM2

El páncreas, órgano que se encarga en la producción de la hormona insulina. La característica de la diabetes tipo 2 es a causa de la resistencia hacia la insulina o en la mera deficiencia de la misma, de tal forma que la glucosa no se es transportada a la célula de manera adecuada lo que provoca una

acumulación de glucosa en sangre (hiperglucemia). (Belén Julieta Velasco-Guzmán, mayo-agosto 2014). Cerca del 90-95% padecen diabetes tipo 2 esto de acuerdo a la American Heart Association.

Diabetes gestacional

Estado en el cual es detectado principalmente durante el embarazo, se debe a la ineficiente adaptación a la insulino-resistencia. Esta es peligrosa ya que tanto la mujer como el producto corren el mayor riesgo de padecer la DM tipo 2, por lo que la mujer puede seguir cursando con la diabetes. (Belén Julieta Velasco-Guzmán, mayo-agosto 2014)

1.3. MODELO DE PROMOCIÓN A LA SALUD POR NOLA PENDER

Nola Pender (enfermera), autora del Modelo de promoción a la salud postula que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se postula que los procesos cognitivos en el cambio de conducta se incorporan aspectos de aprendizaje cognitivo y conductual, ostentando que los factores psicológicos influyen al comportamiento. Como segundo postulo recalca que la conducta es racional, considerando que la (intencionalidad) es un componente motivacional.

El Modelo de la Promoción de la salud, redacta que las experiencias individuales, características, conocimientos y efectos específicos de la conducta llevan propician al individuo a participar o no en sus comportamientos de salud. (Aristizábal Hoyos, 2011)

- Conducta previa relacionada y los factores personales

Se refiere a las experiencias ya vividas, y que estas puedan tener algún efecto significativo de una mera directa o indirecta, con una probabilidad de comprometer con las conductas de PMS. El segundo cuadro se refiere a los factores personales que naturalmente son en consideración en las metas de la vida. (Aristizábal Hoyos, 2011)

- Los beneficios percibidos por la acción

Son aquellos resultados positivos que se producen como expresión de la conducta de la salud. (Aristizábal Hoyos, 2011)

- Barreras percibidas por la acción

Son apreciaciones negativas o de desventajas de la misma persona que obstaculizan un compromiso con la acción, la conducta y la conducta real. (Aristizábal Hoyos, 2011)

- Autoeficacia percibida

Se alude al modelo de competencia de uno mismo para desarrollar una conducta, cuando esta aumenta es muy probable que también aumente el nivel de compromiso para ejecutarlo con una acción y actuación. (Aristizábal Hoyos, 2011).

- El efecto relacionado con el comportamiento

Hace representación a las emociones y reacciones que demostramos debido a los pensamientos positivos o negativos también favorables o desfavorables. (Aristizábal Hoyos, 2011).

- Las influencias interpersonales

Este concepto considera que las personas tienden a modificar sus conductas cuando las personas mas importantes en su vida ofrecen ayuda y apoyo. Otro factor es el medio ambiente por el cual conviven ya que también interviene en el compromiso y participación. (Aristizábal Hoyos, 2011).

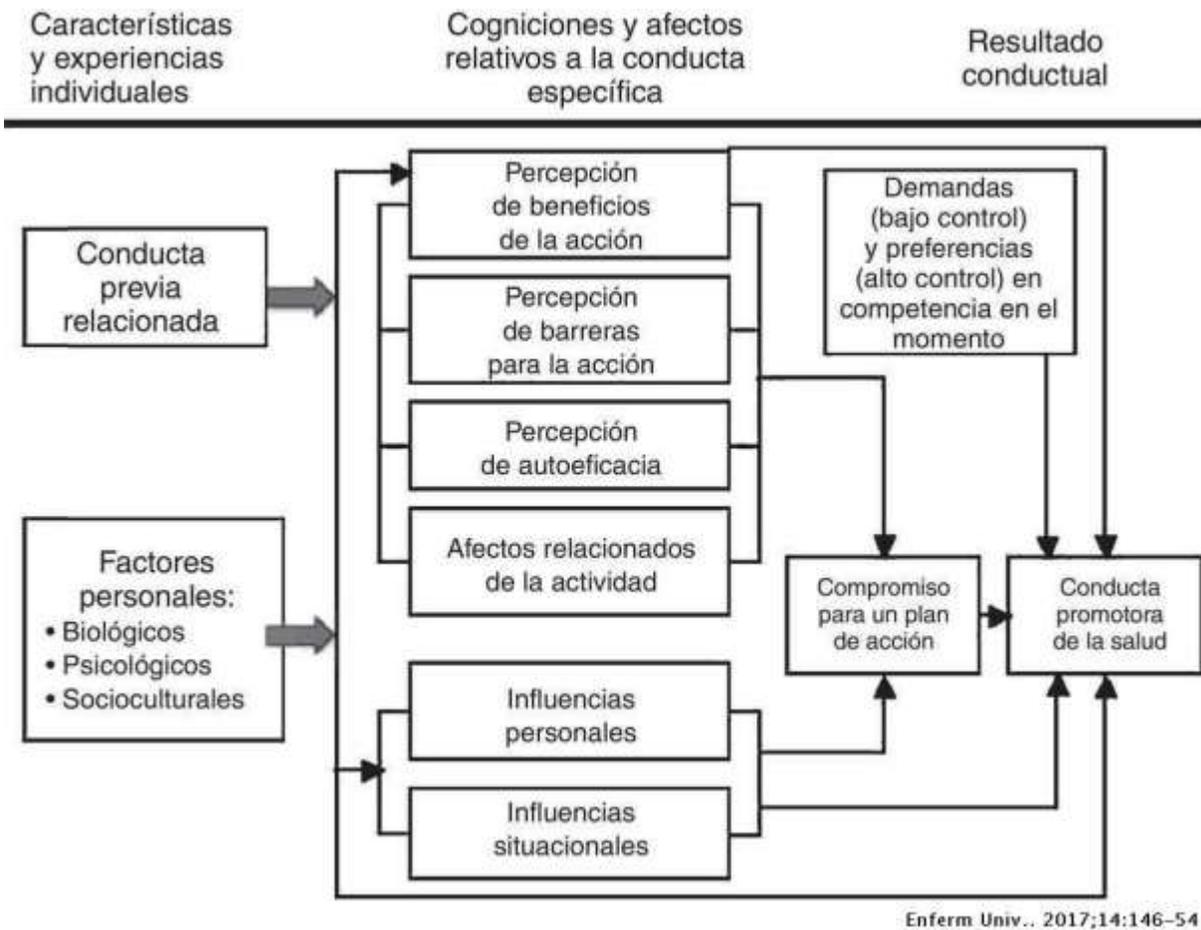
- Compromiso para un plan de acción

En esta sección entabla el resultado final deseado, pero existen otros factores que predisponen a la ineffectividad como: contingentes del entorno, el trabajo y responsabilidades, pero irán variando debido a las preferencias personales. (Aristizábal Hoyos, 2011).

- La conducta promotora de la salud

En este encuadre generalmente se hacia los resultados obtenidos que proporcionan positivismo en la salud, también hacia el bienestar optimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. (Aristizábal Hoyos, 2011).

FIGURA 1



Modelo de promoción de la Salud (Nola. J. Pender 1996)

1.4. APOYO SOCIAL

Es una estructura multidimensional con aspectos estructurales y funcionales. (M. Cannen Terol, 2004)

1.4.1. DIMENSIONES

Tardy (1985), describe 5 dimensiones para el apoyo social para brindar referencias que enmarquen un trabajo de investigación que se llevan a cabo en distintos estudios y diferentes análisis. (M. Cannen Terol, 2004).

1. **Dirección:** Se refiere a la bidireccionalidad del apoyo social, de presenta de dos maneras, en provisto (receptor) o recibido (proveedor). Se avalúa quien provee o quien recibe el apoyo. (M. Cannen Terol, 2004).
2. **Disposición:** En esta dimensión se refiere a la evaluación del apoyo disponible o accesibles en situaciones hipotéticas específicas. Como segundo el apoyo real, se da a demostrar una situación específica relacionado con la situación estresante. (M. Cannen Terol, 2004).
3. **Descripción/Evaluación:** En esta dimensión se presentan dos categorías, la primera, descripción específica acciones o las categorías de apoyo. Como segundo el evaluativo, refleja la adecuación de satisfacción valorándolo desde el receptor o de quien la provee. (M. Cannen Terol, 2004).
4. **Contenidos:** En esta dimensión se reflejan otras categorías (emocional, instrumental, informativo y valorativo. (M. Cannen Terol, 2004).
5. **Redes:** Esta última dimensión hace énfasis a las características transnacional e interpersonal de apoyo. (M. Cannen Terol, 2004).

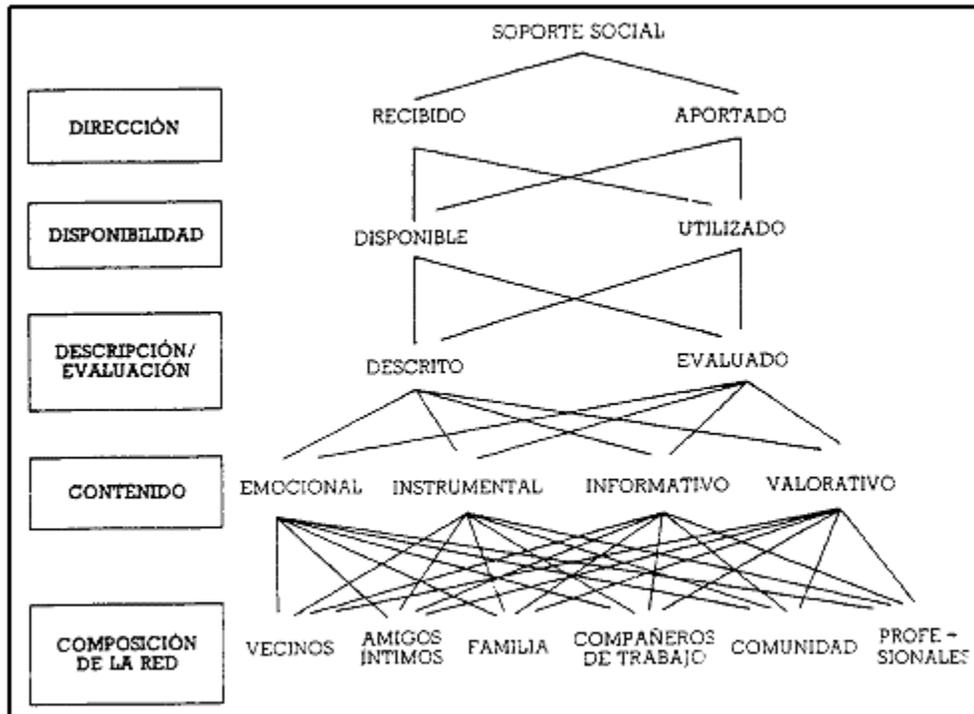


Figura 2.- Dimensiones del soporte social (Tardy, 1985).

1.5. INVESTIGACIONES REFERENTES

Un estudio realizado en el Hospital regional II-2, de Tumbes en 2016, de forma cuantitativa y descriptiva, aplicó un cuestionario a 28 pacientes que padecían diabetes mellitus tipo 2 con el objetivo de determinar sus conocimientos y prácticas en su estilo de vida. Los resultados arrojaron los siguientes, concluyendo que el 60.71% presentaron conocimiento positivo sobre su enfermedad, el 71.41% reflejó prácticas positivas en su estilo de vida y que existe relación entre los conocimientos con las prácticas. (Domínguez Sosa & Flores Imán, 2017).

En 1986, Lazarus y Folkman, ambos establecen dos tipos de afrontamiento, el primero, el primero está centrado en la emoción con el propósito de cambiar una situación estresante y regular el resultado

negativo de las emociones. Como segundo el centrado en el problema, con el motivo de cambiar y controlar los aspectos de una sensación estresante. (Ortiz, 2011).

No obstante Boland y Grey, no concuerdan con la teoría de Lazarus y Folkman. Sugiriendo que es mejor centrarse en el tratamiento del control metabólico. (Ortiz, 2011).

En México el IMSS realizó un estudio en el cual se basó en el estilo de vida y control metabólico en diabéticos, se formaron 3 grupos. El primero lo conformaron por sujetos del programa DiabetIMSS, que se evaluaron mediante una entrevista. El grupo dos lo conformaron por aquellos que ya cursaban el programa DiabetIMSS y durante su estancia fueron evaluados mediante una encuesta. El tercer grupo formado por aquellos que no habían cursado el programa siendo evaluados mediante una entrevista durante su consulta médica. Se realizó en 539 pacientes, 73.3% eran mujeres. Hubo diferencias entre los 3 grupos, pero resultados favorables en los egresados del programa englobando peso, cintura, presión arterial (PA), glucosa de ayuno, hemoglobina glicada (HbA1c), triglicéridos. El IMEVID fue rotundo $p < 0.05$; las variables de metas favorecieron al grupo de egresados, con el 71% y el 32% para aquellos que lo cursaban y el 17.2% para el 3er grupo, los que no habían cursado. (María Eugenia Figueroa-Suárez, 2014).

La universidad Francisco de Paula Santander realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con el motivo de determinar el estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Para su recolección se apoyaron del cuestionario IMEVID. Los sujetos a prueba fueron 60 pacientes que formaban parte del programa de Diabetes e Hipertensión de la Institución Promotora de Salud (IPS). Se evaluó la nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, emociones, adherencias terapéuticas y estilos de vida. Los sujetos a prueba pertenecían a

la edad adulta media y tardía, donde se arrojó que el 80% de los pacientes llevaban un estilo de vida saludable. (María Mercedes Ramírez Ordoñez, 2011).

En un mismo estudio Facundo L. (2002), no opinaba lo mismo ya que sus resultados señalaban que el 67% de los pacientes no realizan o no llevaban un estilo de vida adecuado y saludable. Investigación que fue respaldada por el estudio de Alvarado V. (2003), en la que demostraba que los pacientes con los que llevo a cabo su estudio su IMC >30. (María Mercedes Ramírez Ordoñez, 2011).

En la Costa Caribe Colombiana se realizó un estudio sociológico para el conocimiento que tiene la población de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. El método de estudio se estructuró en un test hacia unas 2.023 pacientes aleatorios. Factores de estudio: (edad, genero, nivel educacional, tabaquismo, presión arterial, diabetes, colesterol, triglicéridos, alcoholismo, estrés, obesidad, infarto del miocardio, vida sedentaria, herencia de enfermedad cardiovascular, etc.). Resultados del test: El promedio de edades fue entre 36 y 40 años, el 59.7% mujeres y 40.3% hombres. En educación, 32% escolares, 19.9% profesionales y 20.6% técnicos. 25.1% presentaron dislipidemias y 11.8% diabetes. El 21% padecía obesidad, el 7% padecía de falla cardiaca, el 1.4% había tenido infarto al miocardio, 15.4% eran fumadores, 24.2% tenían estrés y como ultimo el 37.4% llevaban una vida sedentaria. Se demostró que existe un incremento en los factores de estudio. (Fernando, 2005).

El DAWN2 (estudio internacional observacional transversal) en España realizo su estudio sobre el estrés emocional y la calidad de vida en diabéticos y familiares. El método de estudio que utilizo mediante un cuestionario por medios electrónicos y vías telefónicas. Lo resultados recabados señalaron lo siguiente, el 13,9% de los pacientes presentan un riesgo de depresión, el 50% de personas diabéticas y el 45,5% de los familiares se refirió un alto nivel de estrés emocional. En general se

afirmó que los diabéticos sufren de estrés que esta va emigrando hacia sus familiares. (Marina Beléndez Vázquez, 2015).

La teoría del modelo de Roy, es un modelo que describe a la persona como un sistema adaptativo. Describe al ambiente como aquellas condiciones y que estas interactúan constantemente. El afrontamiento innato es determinados y vistos como procesos automáticos e inconscientes, el modelo de Roy los denomina como un sistema regulador ya que responden automáticamente a través de procesos neurológicos químicos y endocrinos. Roy menciona subsistemas a los afrontamientos adquiridos como los aprendizajes, juicios y emociones y subsistemas cognoscitivos a 4 conductos cognitivo emotivos, proceso de formación perceptiva, aprendizaje, juicio y emoción. (Lazcano Ortiz & Salazar González, 2007).

Estudio realizado en la Islas Marshall (EU), se utilizó un modelo de proceso de adaptación cultural, las consideraciones culturales fueron importantes ya que ayudaban al diabético a incorporarse a los programas de autocontrol para la diabetes, de tal forma que estos conocimientos adquiridos puedan compartirse con otros. (Yeary, 2017).

Un artículo de revisión publicado el 23 de octubre de 2017, evalúa las influencias dietéticas y culturales en la diabetes tipo 2. Se encontraron resultados que, en familias mexicanas, puerto riqueños y dominicanos, se sustentan de alimentos básicos (arroz, frijoles y tortillas). Se compararon hitos alimenticios de E.U Y México; y se demostró una dieta alta en fibra, proteínas y grasas saturadas en la alimentación de mexicanos. (Mora, 2017).

También se determinó que la familia es un factor primordial ya que dentro de grupos y asociaciones de la diabetes las familias también se incluyen en estas sesiones. No obstante, la cultura en la que predomina cada individuo puede generar cambios en los hábitos alimenticios. De acuerdo a lo ya mencionado se realizó un estudio en 46 residentes mexicoamericanos que se inscribieron en un programa de educación para la diabetes con duración de 3 meses. Al termino del programa de demostró una mejoría significativa en los lípidos y HbA1c, reducción en el consumo de colesterol y grasa. (Mora, 2017).

México 2020, se realizó un estudio con el objetivo de identificar las características de atención medica y las acciones de autocuidado en pacientes diabéticos, los sujetos a prueba fueron 100,000 habitantes, para su estudio utilizaron la encuesta nacional de salud y nutrición. Se obtuvo que la mayoría tenía escolaridad trunca, un nivel socioeconómico bajo 35.2%, la mayoría de los habitantes hablaban lengua indígena, por lo tanto, el manejo de la calidad de vida de las personas está afectada. Se basaron en las variables de 5 acciones básicas para la consulta médicas: revisión de niveles de glucosa, tensión arterial, peso y pies, explicación de los medicamentos recetados. La mayoría de la población eran adultos de 20 años y más, el 9.2% tienen diabetes. (Villalobos A, 2019).

De acuerdo al artículo publicado por la universidad autónoma de Querétaro de la facultad de enfermería, realizaron un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo, con el fin de evaluar el estilo de vida, el conocimiento de diabetes y hemoglobina glicada en 436 pacientes con DM2, el cual la mayoría eran mayores de 20 años. Este estudio estuvo constituido por 6 dimensiones y sus resultados: responsabilidad en la salud con una media de 22.20, relaciones interpersonales media de 21.31, actividad física con media de 16.65, nutrición 22.2, manejo del estrés 19.17 y crecimiento espiritual con una media de 25.52. (Rico Sánchez, 2020).

1.6. ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida saludable comprende del conjunto de actividades que realiza una persona o familia con determinada frecuencia, con el objetivo de que estas actividades no causen efecto negativo sobre la salud, esto basado en los conocimientos de cada individuo, familia.

Referencias

- Acad. Dr. Felipe Cruz Vega, A. D. (2013). *Diabetes mellitus actualizaciones*. Mexico : Afil.
- Aristizábal Hoyos, G. P. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. 8.
- Belén Julieta Velasco-Guzmán, V. M.-R. (mayo-agosto 2014). Diabetes Mellitus tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud . *Diabetes Mellitus tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud* , 6.
- Domínguez Sosa, M. E., & Flores Imán, L. K. (2017). *Universidad Nacional de Tumbes*. Obtenido de Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional II-2, Tumbes 2016: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/10>
- Fernando, M. y. (2005). Estudio Sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe. *Revista Colombiana de Cardiología*, 7.
- Lazcano Ortiz, M., & Salazar González, B. C. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 9.
- M. Cannen Terol, S. L.-A. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación:. 21.
- María Eugenia Figueroa-Suárez, J. E.-T.-A.-E.-L.-M. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos. *Gaceta Médica de México*, 6.
- María Mercedes Ramírez Ordoñez, M. A. (2011). Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia Y Cuidado*, 8.
- Marina Beléndez Vázquez, I. L. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes. *CrossMark*, 4.
- Mora, N. G. (2017). Comprensión de las influencias culturales sobre los hábitos alimentarios en pacientes asiáticos, del Medio Oriente y latinos con diabetes tipo 2: una revisión de la literatura actual y direcciones futuras. *Curr Diab Rep* 17, 12.
- Ortiz, M. O. (2011). *Terapia Psicológica*. Obtenido de Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100001&script=sci_arttext&lng=e
- Rico Sánchez, R. J. (16 de Noviembre de 2020). *Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. Obtenido de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100006
- Villalobos A, R.-M. R.-S. (2019). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *salud publica mex. 2019;61(6):876-887.*, 12.

Yeary, K. A.-L.-C. (2017). *Progreso en las asociaciones de salud comunitaria: investigación, educación y acción* . Obtenido de Adaptacion cultural de la educación para el autocontrol de la diabetes para los residentes de la Islas Marshall en los Estados Unidos: Lecciones aprendidas en el desarrollo de paln de estudios:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5792062/>