

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – León.
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería



Monografía para optar al título de Licenciada en Ciencias de Enfermería

Título:

Factores socioculturales que influyen en el auto cuidado de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes que asisten al programa crónico, centro de salud María del Carmen Salmerón Chinandega II semestre año 2018.

Autor:

- **Br. Luz Arelis Cruz Altamirano.**
- **Br. Dalia Cristina Rodríguez Tejeda.**

Tutor: Aura Mercedes Herrera Espinoza.

Noviembre 2018.

“A la libertad por la universidad”

RESUMEN

Se realizó una investigación sobre los Factores socioculturales que influyen en el auto cuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y el propósito de investigar los factores socioculturales que influyen en el auto cuidado de la diabetes mellitus tipo 2.

Esta investigación es cuantitativa, descriptiva de corte transversal, donde se va describiendo de forma ordenada toda la información necesaria y estudio de las variables sobre, los factores socioculturales, con una población de 110 pacientes que asisten al programa crónico, centro de salud María del Carmen Salmerón Chinandega II semestre año 2018, siendo encuestados de forma personal.

Los principales hallazgos encontrados en los factores socio demográficos fueron con respecto a la alimentación el 49% consumen pastas y el 30% consumen coca cola y el 66% alimentos enlatados.

En relación con el acceso de los servicios de salud el 63% acuden cuando tienen cita médica, solo 35% reciben visita domiciliar y el mayor apoyo de la familia es el económico.

Palabras claves: Factores socio culturales – Diabetes Mellitus

AGRADECIMIENTO

En primer lugar deseamos expresar nuestro agradecimiento a Dios por su gracia y sabiduría que nos ha dado en realizar este trabajo de tesis que ha sido una gran bendición en todo sentido y se lo agradecemos en gran manera, y no cesan nuestras ganas de decir que es gracias a él que esta meta está cumplida.

Gracias a nuestros padres, esposo y demás familiares que estuvieron involucrados en este proceso de superación profesional por ser los principales promotores de nuestros sueños, gracias a ellos porque cada día confiaron y creyeron en nosotras y en nuestras expectativas, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras de motivación.

El termino gratitud es también para nuestros docentes de esta prestigiada universidad, ya que ellos son sumamente importantes en nuestro desarrollo como personas, transmitiendo no solamente conocimiento científico sino amor y valores morales.

Queremos agradecer también a nuestra tutora por cada detalle y momento dedicado para aclarar cualquier tipo de duda que nos surgía, agradecerle por la claridad y exactitud con la que nos atendió siempre.

A todos muchas gracias.

Br. Luz Arelis Cruz Altamirano.

Br. Dalia Cristina Rodríguez Tejeda.

DEDICATORIA

A Dios primeramente por habernos permitido la oportunidad de llegar hasta este punto y habernos dado la sabiduría para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres y esposo por su apoyo incondicional estando pendientes de nosotras en todos los momentos de aprendizaje en esta hermosa profesión.

A nuestros docentes por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, a Lic. Aura Herrera por su apoyo ofrecido en este trabajo.

Br. Luz Arelis Cruz Altamirano.

Br. Dalia Cristina Rodríguez Tejeda.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V. OBJETIVOS.....	7
VI. MARCO TEORICO.....	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	21
VIII. RESULTADOS	24
IX. ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS DATOS.....	26
X. CONCLUSIONES.....	29
XI. RECOMENDACIONES.....	30
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	31
XIII. ANEXO.....	34

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble del 4,7% al 8,5% en la población adulta. A escala mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, en comparación con 108 millones en 1980. Esto se corresponde con un aumento de sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad. En el último decenio, la prevalencia de diabetes ha aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos.¹

Según la OPS se calcula que en el mundo hay alrededor de 30 millones de personas que padecen diabetes, de las cuales 45%, es decir 13 millones son habitantes de América Latina, lo anterior está relacionado según diversos estudios, con el envejecimiento de la población, cambios en los patrones culturales de la población que repercute en la alimentación y los estilos de vida de la población.²

En México se considera que hay 400.000 nuevos casos al año y ocasiona 60.000 muertes anuales, y es la primera causa de mortalidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México 2006 (Ensanut), la prevalencia de diabetes se incrementó en 14%, esperando que para el año 2025 existan 12,6 millones de personas con diabetes en el país.

Se recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. Esta debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. No obstante, estos hábitos se rigen bajo una influencia socio cultural.³

El cumplimiento de las medidas de autocuidado del paciente diabético está influenciado por muchos factores que actúan directa e indirectamente sobre su autocuidado, favoreciendo o limitándolo, entre ellos tenemos los factores sociales y

culturales como los conocimientos acerca de la enfermedad, grado de instrucción, apoyo familiar, ingreso económico y ocupación.⁴

Los pacientes diabéticos tienen tasas más altas de coronariopatía, retinopatía, neuropatía y nefropatía. Muchas de estas complicaciones pueden ser prevenidas con cuidado médico apropiado. Este cuidado implica modificar significativamente el estilo de vida y apegarse estrictamente a las actividades de autocuidados tales como el monitoreo de las cifras de glicemia, administración de tratamientos necesarios para llevar un régimen alimenticio y el fomento de actividad física (Ejercicios)

Los conceptos de promoción de la salud, autocuidado y participación comunitaria emergieron en la década de los setenta y han tenido un rápido crecimiento en el mundo desarrollado. Hay evidencia de su efectividad sin embargo en los países en vías de desarrollo no es así. Cualquier intervención diseñada para mejorar el control metabólico en la diabetes o para reducir la probabilidad de complicaciones agudas y crónicas logra cometido al influir en el autocuidado del paciente.⁵

En Nicaragua, de cada 10,000 muertes, 3.2 son a causa de diabetes mellitus. Solo durante el año 2016 murieron 2,049 personas por esta enfermedad, que se ha convertido en la tercera causa de defunción en el país y que, según los expertos, va en aumento debido a la falta de educación a los pacientes.⁶

II. ANTECEDENTES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la diabetes, son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y control. Afectan con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y las poblaciones vulnerables y cuando se presentan, empobrecen más a las personas y sus familias.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus tipo 2, implica que la persona debe adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida.⁷

La DM es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aún mortales con notable afectación de la calidad de vida, si el tratamiento es inadecuado. El tema de la educación para la salud es prioritario y urgente, aún que no sea un factor único del cual depende el mejoramiento de las personas que la padecen, es necesario.

En el estudio denominado complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2, realizado en Buenos Aires Argentina en consultorios generales, donde el objetivo fue evaluar las complicaciones crónicas y su estadio evolutivo en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico, se evaluó a 302 pacientes, estos fueron sometidos a examen clínico y de laboratorio, estandarizados para cada complicación, dentro de los 30 días siguientes al diagnóstico. Se encontró que tenían complicaciones crónicas 156 (51,7%) pacientes; 70 (44,9%), sólo una complicación y 86 (55,1%), dos o más.

Las complicaciones micro vasculares fueron prevalentes tanto en varones como en mujeres y en este orden decreciente: neuropatía (27,5%), nefropatía (20,2%), retinopatía (17,9%), infarto silente (17,7%).⁸

Un estudio sobre Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en 2008 México muestran las acciones de autocuidado que manifiestan estos pacientes con DM2 se ubican principalmente en un dominio “biológico” limitado, pues son acciones que están asociadas a ciertos aspectos en el funcionamiento orgánico (la alimentación y el ejercicio).

Con el autocuidado se tiene la posibilidad de atenuar los factores adversos en áreas que producen experiencias negativas. Los cuales afectan la calidad de vida, por lo tanto, se concluye que el auto cuidado mejora las posibilidades de que los pacientes con DM2, se adapten e integren a su entorno social, se auto-realicen y mantengan las complicaciones controladas.⁹

III. JUSTIFICACIÓN

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60% del total de las defunciones en el mundo. Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.¹⁰

El propósito del estudio es investigar los factores sociales y culturales relacionados al auto cuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, dichos resultados servirán al personal de enfermería y médicos de centro asistencial para fortalecer las estrategias educativas que informen, y promuevan cambios socio culturales adaptativos con respecto a la enfermedad, de forma paulatina pero segura, que contribuya a minimizar complicaciones y realizar un abordaje biopsicosocial.

La diabetes mellitus tipo II se ha convertido en un problema de salud pública por su magnitud y complicaciones, tales dependen en gran medida de la prevención necesarias prevenir la aparición de complicaciones a mediano y largo plazo. Y a su vez por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.

La clave es que el paciente entienda su enfermedad y su impacto. El hecho de aprender a reconocer signos de alarmas puede ayudar al paciente a consultar más rápidamente, ya que, por ende, es fundamental conseguir una buena comunicación con los profesionales que constituyen el equipo de salud.

Mejorar el cumplimiento del autocuidado del paciente diabético, contribuyendo a disminuir la frecuencia de aparición de complicaciones y sus repercusiones en la esfera biopsicosocial de los mismos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer la cultura de la enfermedad coadyuva a obtener elementos de juicio para estructurar servicios de atención más integrales, comprensivos, con mayor calidad técnica y humana. Principalmente ante el reto que plantea el adecuado autocuidado dentro de la complejidad del manejo de la DM.¹¹

Por lo antes expuestos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el auto cuidado de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes que asisten al programa crónico, centro de salud María del Carmen Salmerón Chinandega II semestre año 2018?

V. OBJETIVOS

General

Investigar los factores socioculturales que influyen en el auto cuidado de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes que asisten al programa crónico, centro de salud María del Carmen Salmerón Chinandega II semestre año 2018.

Específicos

- ✓ Describir la caracterización demográfica de los participantes del estudio.
- ✓ Identificar los factores socioculturales que influyen en el auto cuidado de la diabetes en los participantes del estudio.
- ✓ Determinar el apoyo de la familia en el monitoreo de la diabetes.

VI. MARCO TEÓRICO

Factores socioculturales: Comprende un sistema múltiple, complejo e interrelacionado del ambiente social y del sistema de creencias de la persona; el nivel de educación, la ocupación que desempeña, las experiencias laborales o las experiencias vitales afectan directa o indirectamente la agencia de autocuidado.¹²

Auto cuidado: conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

Auto cuidado: El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social.

Según Orem ² “la práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad es muy variable de una persona a otra, puesto que depende de la influencia cultural de los grupos sociales, lo que predispone la falta de control y manejo de la enfermedad y a la prevención de complicaciones”

La elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el auto tratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. En ese contexto, el autocuidado en salud es definido como las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social.

El autocuidado tiene como fundamento la creencia que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprende una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, recorrer a la consulta médica o auto medicarse control de su enfermedad.

Generalidades de la Diabetes Mellitus

Según la Organización Mundial de la Salud, la DM es “una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el nivel de glucosa en sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia

(aumento de azúcar en sangre) que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, lo que conocemos como complicaciones de la DM.¹³

” Diabetes tipo 2 o llamada diabetes no insulino dependiente, este tipo de diabetes es más común encontrarla en adultos y personas de la tercera edad, es la diabetes que más actúa en silencio pues a veces los pacientes no desarrollan síntomas tan evidentes, pero una vez que empieza, produce complicaciones graves como el pie diabético, ceguera, daño en los riñones, también existe alto riesgo de trastornos óseos, cardíacos y articulares, todo esto se da, pues la producción de insulina no es lo suficiente o no es la adecuada para ayudar a que la glucosa se introduzca en las células.

Los hidratos de carbono son los alimentos que más dan energía al cuerpo gracias a la glucosa, la glucosa debe necesariamente entrar a las células, la cual se debe valer de la insulina, la diabetes aparece gracias a que existe una deficiencia o la incapacidad de utilizar de manera correcta la insulina.¹⁴

En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.

Una buena pauta de alimentación, acompañada de ejercicio físico ayudará a conseguir unos niveles de glucosa adecuados con el fin de reducir o retrasar en lo posible las complicaciones de la enfermedad.

Factores socio culturales que influyen en el autocuidado de la diabetes

En las últimas décadas, la significación de lo social se ha convertido en piedra angular de los enfoques más avanzados sobre la interpretación causal de las enfermedades considerando que la salud y la enfermedad conforman fenómenos que traducen las formas concretas de vida de cada persona y grupos de población y dependen de los resultados que sobre ellos ejercen un conjunto integral de complejos factores biológicos, naturales y sociales, es la base necesaria de una medicina que deja de ser curativa para ser preventiva y que apunta a la promoción de salud y a la idea de la responsabilidad individual con respecto a la salud.

La OMS define a los determinantes como un "conjunto de factores culturales, personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud

de los individuos o poblaciones", también se ha considerado a los determinantes como "las características sociales en que la vida se desarrolla" (Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. Blane D, Brunner E, Wilkinson D (Ed). Health and Social Organization. London. Routledge.pp 71-93) y como "factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades".

Como puede observarse, estos se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

Los determinantes sociales de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, la familia, posición social, educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

Los pacientes con diabetes tipo 2 requieren un control basado en un régimen de autocuidado que favorezca el manejo y monitoreo de la enfermedad, donde el individuo debe participar activamente, por lo que debe tener los conocimientos, las habilidades y las motivaciones para poder desempeñar su autocuidado con el fin de promover, mantener y conservar la salud y el bienestar. La OMS plantea que el 95% del tratamiento del paciente diabético recae directamente en él.

Dorotea Orem en su teoría de autocuidado refiere objetivo principal es que el agente de autocuidado lleve a cabo y mantenga acciones para conservar la salud y la vida.

El autocuidado es una acción aprendida por una persona en su contexto sociocultural, que se inicia de manera voluntaria a fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. El desempeño descansa en el conocimiento, las habilidades y las motivaciones desarrolladas y ejercitadas específicamente para el autocuidado.

Para cumplir con el autocuidado es necesario que la persona diabética tenga una participación activa en la monitorización de su enfermedad: selección de alimentos, número de comidas, calidad y cantidad de alimento ingerido, regularidad de actividad física, auto monitorización de la glicemia capilar, examen de los pies, uso de medicamentos en horarios y dosis correctas, retorno periódico a la

consulta médica, conocimiento de señales y síntomas de hipoglucemia y, hiperglucemia, entre otros cuidados.

El reto de los educadores de la salud es garantizar las intervenciones efectivas, que favorezcan la incorporación del autocuidado para el manejo de la enfermedad frente a las peculiaridades del proceso de aprendizaje de individuos adultos.¹⁴

La diabetes mellitus tipo 2 reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requiere ajuste en la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada. Existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de instrucción del paciente sobre su enfermedad.

Se ha comprobado que la educación sobre diabetes reduce el riesgo de complicaciones del paciente. Más aun, la educación a la población general determina una mayor demanda a las instituciones de salud para la detección precoz y el tratamiento adecuado de la enfermedad.

Una correcta educación dietética, así como una prescripción personalizada en el momento del diagnóstico, será fundamental en la aceptación por parte del paciente para que pueda mantenerse controlado y estable, pudiendo adaptarse a cambios personales o de tratamiento.

El estilo de vida (EV) es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El EV incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas.¹⁵

Existen varios factores que pueden incidir en que una persona padezca diabetes mellitus tipo 2, en la actualidad se ha detectado que hay elementos que son repetitivos en los diagnósticos de personas que sufren esta patología, entre

ellas se encuentran la ingesta excesiva de carbohidratos y por ende calorías, el sedentarismo y el estrés, “la presencia de estos factores de riesgo se asocia con aparición de exceso de grasa visceral, que deteriora la sensibilidad a la insulina, que a su vez incrementa los requerimientos de insulina y favorece el aumento del glucagón (el glucagón es una hormona que hace subir el azúcar en la sangre).

Pero también existen otros factores que pueden empeorar la enfermedad y traer complicaciones más graves, como los hábitos de alcoholismo, el tabaquismo, e ingesta de alimentos que puede aumentar el colesterol; El Correcto Cambio Terapéutico de Estilo de vida (CTEV), es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con esta patología.

La alimentación y sus implicaciones del metabolismo en un paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Debemos señalar que los altos niveles de insulina es el primer factor de riesgo para que pueda aparecer un paro cardíaco, el aumento de grasa abdominal está ligado al apareamiento de hiperglucemia, es por eso por lo que lo más recomendable es primeramente mejorar la dieta, que debe ser rica en fibra más no en calorías ni en carbohidratos.¹⁶

Debe establecerse un régimen nutricional que sea ante todo factible para el paciente. Hay diversos enfoques, existe acuerdo en la disminución de calorías, la disminución de carbohidratos rápidamente absorbibles, el aumento de la fibra, la disminución de grasas saturadas y la sal.

Los regímenes alimentarios con muy alta ingestión de proteínas se han estudiado para el control de peso; sin embargo, el aumento de la carga proteínica pone en peligro la función renal. Hay diferencias culturales importantes que persisten a pesar de la globalización.

El manejo de cada paciente debe individualizarse; debe hacerse énfasis en la importancia del manejo nutricional. La dieta debe ser balanceada, completa, adecuada, suficiente, equilibrada y, sobre todo, personalizada al gusto y al entorno real de cada paciente.¹⁷

Dentro de los hidratos de carbono encontramos 2 grupos que se deben tener en cuenta en la alimentación de las personas con diabetes: Los hidratos de carbono los podemos agrupar según el tamaño de las moléculas que los forman. De este modo, existen los hidratos de carbono simples (o azúcares) y los hidratos de carbono complejos (almidones). Se tiende a pensar que los hidratos de carbono simples suben la glucemia mucho más rápidamente que los complejos. Esto no siempre es así.

hidratos de carbono simples (Azúcares) como los azúcares de mesa, algunos edulcorantes como la fructosa, frutas y zumos de frutas, leche y yogur, dulces, bebidas azucaradas, chocolate y productos de bollería o pastelería.

Hidratos de carbono complejos (Almidones): presentes en los alimentos farináceos como arroz, pasta, patata, legumbres, pan, cereales, bollería y pastelería.

Los azúcares pertenecen al grupo de los hidratos de carbono. Por tanto, se entiende que los azúcares presentes en un dulce o un pastel aumentarán los niveles de glucosa en sangre de forma similar al almidón que contiene el pan, el arroz o la patata. En cualquier caso, el primer paso a dar es controlar la cantidad de esos hidratos de carbono ingeridos, sean azúcares o almidones.

Los edulcorantes artificiales son un grupo de sustancias que aportan sabor dulce a los alimentos sin aumentar el aporte en hidratos de carbono. De este modo, al utilizar estas sustancias en lugar del azúcar se reduciría la cantidad de hidratos de carbono ingeridos y con ello, se moderarían los niveles de glucosa en sangre. No obstante, se recomienda el uso razonable de estos edulcorantes, evitando el uso abusivo que podría dar lugar a dosis por encima de las recomendadas. Algunas personas utilizan edulcorantes a base de fructosa o similares, como algunos siropes de agave. La fructosa, aunque de forma más lenta, también aumenta las cifras de glucosa en sangre.

El efecto directo del consumo de alimentos ricos en grasas (aceite, mantequilla, nata, frutos secos o partes grasas de animales) o en proteínas (carnes, pescados, huevo, queso entre otros) es mucho menor en comparación con el consumo de

alimentos ricos en hidratos de carbono. Si se consumen las porciones recomendadas, estos alimentos apenas afectan a los niveles de glucosa en sangre. No obstante, el consumo excesivo puede dar lugar a desequilibrios de los niveles de glucosa en sangre, aumento de peso y alteraciones de algunos parámetros metabólicos, que empeorarían el estado de salud general de la persona con diabetes. Se debe evitar un alto nivel de grasa en la dieta ya que disminuye el número de receptores de la insulina aumentando los ácidos grasos libres en sangre.

Se recomienda utilizar aceite de oliva ya que, al ser una grasa vegetal, no contiene colesterol ni grasa saturada como las grasas animales como la contenida en la carne, lácteos enteros. Evitar los embutidos grasos estos se deben consumir ocasionalmente, ya que aportan gran cantidad de grasas saturadas, colesterol y sodio, que pueden afectar a nuestro sistema cardiovascular.

Vitamina D: El consumo de esta mejora la actividad de las células β

Consumo de Fibra

Existen dos tipos de fibra: Soluble e insoluble.

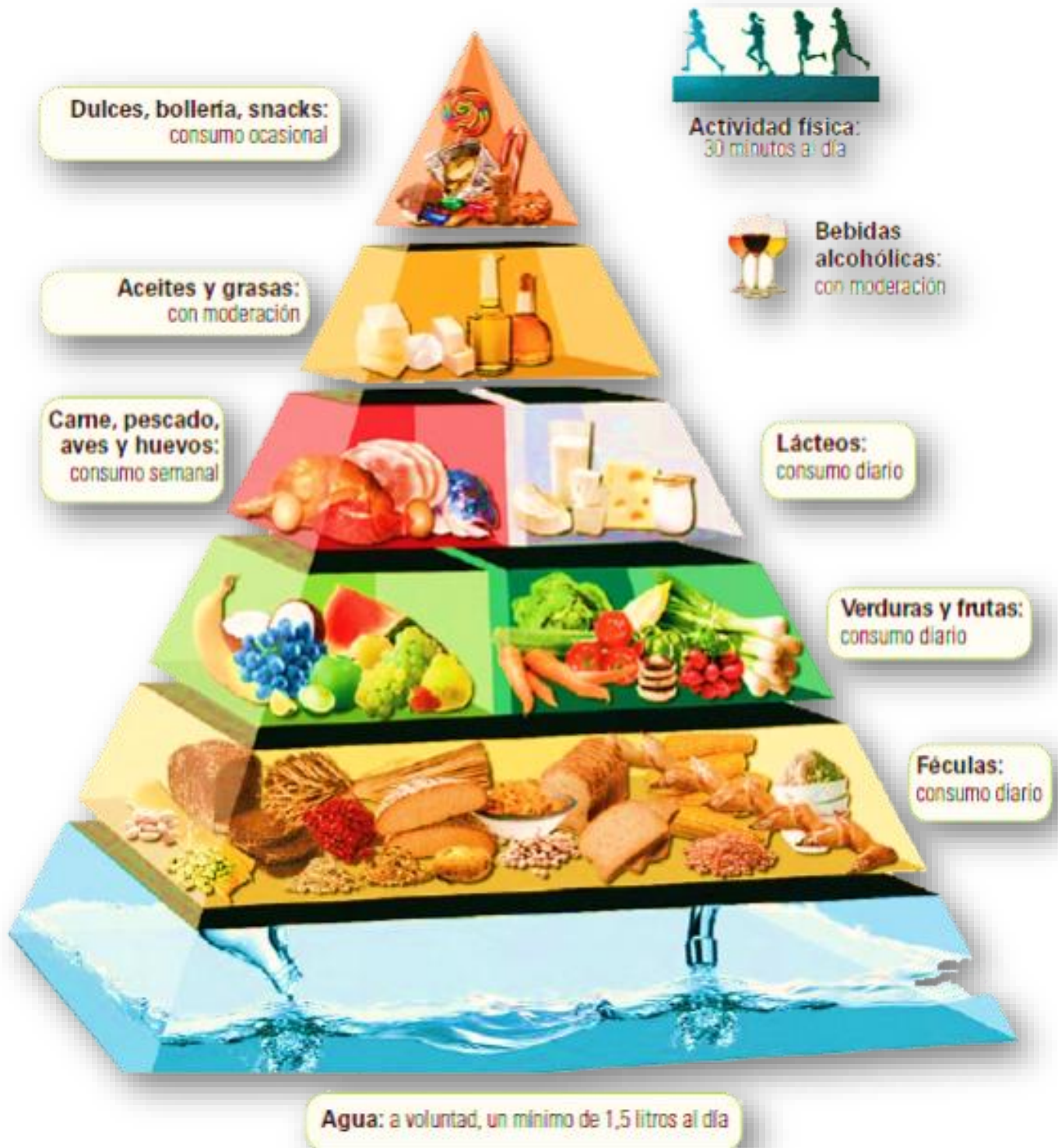
La fibra soluble se encuentra en la fruta, verduras y legumbre, la avena y los frutos secos. Puede disminuir la cifra de glucosa postprandial, la glucemia diaria media y la frecuencia de hipoglucemias.

La fibra insoluble, como la de los cereales o el arroz integrales tiene poca influencia en la glucemia postprandial, se aprecia más en tiempo de tránsito intestinal y en bolo fecal.

Recomendaciones:

- ♣ 3 piezas de fruta al día
- ♣ 3 raciones de verduras y hortalizas/día tanto cruda como cocida
- ♣ 2 veces de legumbre/semana
- ♣ Incluir productos integrales
- ♣ Aumentar la ingesta de agua a la vez que aumenta el consumo de fibra.

La fibra puede mejorar los niveles de lípidos sanguíneos por disminuir el consumo de alimentos ricos en grasa. La fibra soluble disminuye la síntesis de colesterol y disminuye la resistencia a la insulina.



"Pirámide Nutricional". Es un gráfico que indica de forma sencilla que alimentos son necesarios para tener una alimentación equilibrada, todos se pueden consumir diariamente de forma moderada y los del vértice solo de forma ocasional.

Base de la pirámide: Se encuentran los alimentos que constituyen los pilares de la dieta diaria. Son los cereales y derivados. Deben tomarse en las cantidades adecuadas y al menos, la mitad de ellos deben ser integrales para garantizar el aporte de fibra. También son ricos en vitamina B. Son alimentos ricos en CH por lo que elevaran los niveles de glucosa si se toman en cantidades superiores a las que el paciente necesita. La fibra que contiene enlentece su absorción.

Segundo escalón: Aquí están las frutas y verduras. Al menos cinco raciones deben tomarse al día. Está demostrado que su consumo diario previene algunas enfermedades: ECV, diabetes, cáncer, etc. Gracias a su contenido en fibras y vitaminas.

Tercer escalón: Lugar de la leche y derivados. Son ricos en calcio, además de proteínas. Por el contenido en calcio debe tomarse diariamente. Contiene grasa saturada que conviene limitar o eliminar. Se puede consumir semidesnatada o desnatada.

Los derivados lácteos, yogures y quesos, debido a su fermentación mejoran su digestión y tienen efectos positivos sobre el sistema inmunitario.

Cuarto escalón: Encontramos los alimentos ricos en proteínas: carne, pescado blanco y azul, huevos y las legumbres que aportan proteínas de AVB. También están los frutos secos que además aportan fibra, grasas mono y poliinsaturadas y son una fuente importante de energía.

Estos alimentos deben incluirse diariamente en la alimentación, pero algunos de ellos como las carnes de cerdo, por su contenido en grasa y los frutos secos por su aporte calórico.

Vértice:

Están los alimentos con alto contenido en grasa, como la mantequilla y la grasa saturada de la bollería industrial. También se encuentran los CH simples o de absorción rápida.

Fuera de la pirámide, se encuentra:

El agua representando la importancia de la hidratación.

El vino, en particular el vino tinto, donde una copa se considera cardiosaludable.

El ejercicio físico fundamental para conseguir la pérdida y el mantenimiento de peso saludable.

Es importante seleccionar correctamente el tipo de alimento a consumir, evitando alimentos proteicos procesados o grasas de poca calidad, especialmente las que se encuentran en los productos de pastelería industrial.

Ejercicio físico

Es fundamental en el control metabólico. Se recomienda unas dos horas y media a la semana, repartidas en tres días a la semana y no estar más de dos días seguidos sin realizarlo. Debido a que el ejercicio físico produce una bajada de los niveles de glucosa, se recomienda hacer mediciones de esta antes de empezar. Iniciar el ejercicio una a dos horas después de las comidas o tomar aporte extra de hidratos de carbono. Valorar la existencia de complicaciones crónicas y la contraindicación del ejercicio.

El ejercicio mejora

La sensibilidad a la insulina por diversos mecanismos: aumenta el flujo de sangre a los tejidos sensibles a la insulina, induce un aumento en los transportadores musculares de glucosa (GLUT-4), y reduce los niveles de ácidos grasos libres.

Además, el ejercicio proporciona otros beneficios como mejoría de la tensión arterial, de la actividad miocárdica y del perfil lipídico, disminuyendo los triglicéridos y elevando los niveles de colesterol HDL.

Sedentarismo

El sedentarismo se considera la puerta de entrada para las enfermedades metabólicas. Se caracteriza por estados de inactividad física que ponen en riesgo la salud, comprendiendo que el ser humano y su morfología están diseñados para el movimiento.

Consumo de alcohol

Consumo de alcohol debe ser reducido a un promedio de no más de 2 copas diarias, dosis que es preventiva (fundamentalmente vino tinto que aporta factores

antioxidantes) No deben sobrepasarse las 2-3 unidades al día en varones, y algo menos (1-1,5 unidades) en mujeres. 1 unidad= 1 copa de vino (80-100 ml), o 1 botellín de cerveza, (200ml).

Consumo de tabaco

El uso del tabaco puede empeorar 2,8 veces el micro albuminuria en pacientes con diabetes mellitus. Para los hombres diabéticos fumadores, el riesgo cardiovascular es más alto. La supresión total del tabaquismo constituye una prioridad en el manejo del paciente con diabetes.

Los efectos en el organismo son:

Limita la cantidad de oxígeno que llega a la sangre.

Daña la capa interna de las arterias produciendo endurecimiento y estrechamiento de ellas, facilitando el aumento de la presión arterial.

Aumenta la posibilidad de formación de trombos.

Reduce los niveles de colesterol HDL (colesterol bueno).

Aumenta la presión arterial. Con cada cigarrillo que usted fume, la presión arterial aumenta transitoriamente de 5 a 10 mm de Hg. durante 20-40 minutos.

El fumar deteriora de manera sistemática y paulatina los vasos sanguíneos, favoreciendo la complicación de la diabetes mellitus.

En los últimos años se ha prestado atención especial a los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la diabetes, especialmente el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las habilidades de auto cuidado y afrontamiento, la autoeficacia, la percepción de síntomas, el estrés y el apoyo social; con respecto a este último se sabe que involucrar la familia en el cuidado del paciente mejora su control glucémico del mismo.

Etiológicamente, la adherencia al tratamiento también involucra factores asociados al paciente (cultura, creencias y nivel cognitivo)²⁰

Apoyo de la familia en el proceso de adaptabilidad y mantenimiento de la salud en los pacientes diabéticos

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que

cumpla con sus funciones básicas. al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. El paciente con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de la diabetes.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

Existen cuatro formas de apoyo que reciben las personas diabéticas: el apoyo familiar, el apoyo social, el apoyo institucional y el apoyo religioso o espiritual.

1.- El apoyo familiar: Esta forma de apoyo es la que ofrecen las hijas e hijos, los esposos/esposas, los hermanos y hermanas y otros familiares al paciente diabético.

2.- El apoyo social: Se refiere al apoyo que proporcionan los grupos de amigos, grupos de convivencia, vecinos o conocidos del paciente diabético. Encontramos que la forma más frecuente de apoyo social entre diabéticos es hacerse recomendaciones sobre recetas caseras y remedios.

Constantemente se encuentran probando distintos remedios recomendados por algún conocido.

3.- El apoyo institucional: se refiere a los servicios y apoyos que proporcionan los profesionales del área médica, así como el apoyo que otorgan diversas instituciones de asistencia social.

El recurso a las instituciones de asistencia social deja ver la enorme desprotección en la que se encuentran los diabéticos de escasos recursos, pues entran en un

círculo vicioso donde la enfermedad no les permite trabajar y seguir el tratamiento médico y la prescripción del nutriólogo.

4.- El apoyo religioso o espiritual: se refiere al hecho de recurrir a la oración, a la fe, a la reflexión o asistir a un templo o congregación religiosa para reconfortarse moral y espiritualmente. Independientemente del nivel socio económico, pero con tendencia más marcada en las mujeres diabéticas, la gracia o poder de Dios estaría por encima de cualquier otra creencia o posibilidad para curar o enfrentar la enfermedad, incluso para explicar su aparición. Encontrar y conservar la tranquilidad espiritual sería una de las cuestiones fundamentales para vivir con una enfermedad como la diabetes.

El apoyo social ha sido reconocido en numerosos estudios debido a que produce un efecto protector en la salud; la presencia e interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos negativos del estrés. A través del apoyo social se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores sociales.

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.¹⁸

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Descriptivo: implica observar y describir el comportamiento y características de un objeto en estudio en uno o más puntos del tiempo sin intervenir o influir sobre él en ninguna manera para descubrir qué relación existen entre las variables.

Corte transversal: Es de corte trasversal porque se realiza un corte en el tiempo y el periodo en que se estudia, es de cota duración.

Área de estudio: El presente estudio se llevó a cabo en el centro de salud María del Carmen Salmerón del municipio de Chinandega. Sus límites son:

Al norte: Restaurante el Gorrioncito

Al Sur: Semáforos

Al Este: Rio Acome

Al Oeste: Iglesia apostólica.

Unidad de análisis: Fue cada una de los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2, ingresados en el censo gerencial y asisten a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes).

Población de estudio: Lo constituyeron 110 pacientes diabéticos inscritos en el censo gerencial y forman parte de los pacientes que constituyen las enfermedades crónicas no transmisibles, estos 110 pertenecen a la Roberto Gonzales.

Fuente de información

Fuente primaria: Los datos se van a obtener de primera mano, a través de una encuesta la cual será aplicada a cada participante.

Fuente secundaria: Fueron los datos registros de expediente y registro del censo gerencial.

Variable de estudio:

Variable independiente: Factores socioculturales que influyen en el autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.

Variable dependiente: Autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en el censo de enfermedades crónicas no transmisibles

Tengan más de 5 años de padecer diabetes tipo 2.

Que deseen participar en él estudio.

Técnica o instrumento de recolección de datos: Para la recolección de los datos se visitó la unidad de salud, se solicitó autorización a la dirección del puesto de salud, y a los participantes del estudio, se les dio a conocer sobre el consentimiento informado se pidió, la autorización para participar en el estudio. La recolección de la información se obtuvo a través de una encuesta, la que contenía preguntas cerradas, que miden las variables de estudio. Dicha encuesta contenía tres secciones descritas a continuación.

Sección I. Datos sociodemográficos en donde se plasman los datos generales de los pacientes, en este se describen la población en estudio.

Sección II. En esta se registró la información referente a los factores socio cultural, esta a su vez sub dividió en cinco aspectos: tres hacen referencias a los aspectos culturales y dos a los sociales

Aspectos culturales: I: Alimentación, II: Actividad Física, III: consumo de sustancias.

Aspectos Sociales: En esta sección del instrumento (Encuesta) se desglosaron 2 aspectos a medir el acceso de los servicios de salud, el cual es un determinante muy importante para el equilibrio del proceso salud enfermedad. Y el apoyo familiar elemental para el cuidado de la salud.

Este instrumento se proporcionó de forma personal en la visita domiciliar a cada participante.

Prueba piloto: Se realizó prueba piloto en el reparto Ana Virgen Roble Chinandega a diez pacientes con las mismas características de los sujetos participantes que no formen parte de la población de estudio, se aplicó el instrumento de recolección de los datos que permitió realizar la evaluación de redacción de las preguntas, comprensión del vocabulario, y hacer los ajustes correspondientes.

Procesamiento y Análisis de información: Posterior a la recolección de la información se registró de forma digital, a través del paquete estadístico SSPs, se registraron los datos, para facilitar la tabulación de estos. Para el procesamiento se realizaron cálculos de frecuencias y porcentajes, media y moda, por ser un estudio descriptivo solo se determinaron las variables de mayores porcentajes presente en los resultados y se contrastaron con la teoría citada en el marco teórico. Los datos se representaron a través de tablas y gráficos, para su mayor comprensión.

Consideraciones éticas: Consentimiento informado Apegado a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Ratificadas en 52 asamblea general Edimburgo, Escocia, octubre 2000).

Derechos del paciente:

1. El paciente se informó con claridad antes de obtener el consentimiento informado por escrito.
2. El paciente tenía derecho de retirarse del estudio en cualquier momento de este sin que afecte la relación.
3. El paciente tenía derecho a que se resguardara su privacidad, la información que el investigador obtuvo por encuesta y se mantuvo en estricta confidencialidad.

Riesgo de participar en la investigación: No existe ninguno

Anonimato: La encuesta es anónima, no se compartió la información a personas que no estuvieran involucradas con la investigación.

VIII. RESULTADOS

I. Datos socio demográficos presente en los participantes del estudio.

En relación a los datos sociodemográficos de los participantes del estudio se encontró que 12 (12%) comprende el grupo de edad entre 30-40 años, 31(28%) se encuentran en las edades de 41-50 años, 16(15%) de 51 (60%) y 50 (45%) de 61 a más. En relación al sexo 63(57%) pertenecen al sexo femenino y 47(43%) al masculino.

El cuanto al estado civil 45(41%) son casados, 26(24%) en unión libre, 22(20%) son solteros y 17(15%) viudo.

Son de religión católica 54(49%), evangélicos 35(32%), y otros 21(19%), con respecto a la ocupación 42(38%) son ama de casa, 23(21%) jubilado, 11(10%) agricultor, 6(5%) obrero, 26(24%) comerciantes, y 2(2%) ninguna. (Ver anexo tabla 1.)

Referente a la escolaridad 68(62%) pertenecen a primaria, 23(21%) secundaria, 9(8%) técnico, 10(9%) son universitarios. En relación al número de hijos 17(15.4%) tienen 1-3 hijos, 43(39%) de 4-7 hijos, 50(45.4%) de 8 a más hijos.

Con respecto a si vive acompañado 5(5%) refiere que no, y 105(95%) dice que sí, de los 105 que viven acompañados 64(61%) refieren vivir con sus hijos, 6(6%) con sobrino, 41(39%) esposo, 18(17%) nieto (Ver anexo tabla 2)

II. Factores socio culturales que influyen en el auto cuidado de la Diabetes tipo 2.

Con respecto a los alimentos consumidos en la dieta de los participantes del estudio se encontró que 54(49%) consumen pastas y coca cola 33(30%) respectivamente, yogurt, 11(10%), y postres 20 (20%). (Ver anexo tabla N.º 3)

Respecto a los tipos de alimentos consumidos por los participantes del estudio se encontró que 34(31%) consumen aceite de oliva, 76(69%) no, 73(66%) consumen comidas enlatadas y 37(34%) no, 73(66%) aplican mayonesa a pan y 37(34%) no. (Ver anexo grafica N° 1)

En relación al consumo de frutas y verduras 36(33%) lo consumen siempre, 72(65%) a veces y 37(34%) y nunca 2(2%), la carne de pescado lo consumen siempre, 40(36%) a veces 67(61%) y nunca 3(3%), la carne de res lo consumen siempre, 26(24%) a veces 52(47%) y nunca 32(29%), la carne de cerdo siempre, 10(9%) a veces 71(65%) y nunca 29(26%), y la carne de pollo siempre 78(71%), y a veces 32(29%) (Ver anexo grafica N° 2)

Referente a la actividad física realizada por los participantes se encontró que las horas de reposo mayor a una hora lo realizan 78(71%) y 32(29%), 66(60%) realizan ejercicios, de esto el tipo de ejercicio realizado por 56(85%) es caminar, 4(6%) aeróbicos y 6(9%) bicicleta, con una frecuencia de 3 veces a la semana 52(79%) y más de 3 veces 14 (21%) con una duración de más de una hora 52 (79%) menos de una hora 14(22%) y 44(40%) no ejercitan (Ver anexo grafica N° 3)

Con respecto al consumo de sustancias de los participantes del estudio 35(32%) consumen alcohol de estos 25(71%) el tipo de bebida consumida es la cerveza, 3(9%) ron, y 7(20%) vino con una frecuencia del 100% de a veces. Y 26(24%) consumen cigarrillo, 84(76%) no. (Ver anexo tabla N°4).

Referente al acceso a los servicios de salud, se encontró que el monitoreo de glicemia 77(70%) se la realizan y 33(30%) no. Las visitas domiciliarias la reciben 35(32%) y 75(68%) no es visitado. Con respecto a la visita de una unidad de salud 24(22%) lo realizan cuando se sienten mal, 69(63%) cuando tienen cita, 11(10%) cuando lo recuerdan y 6(5%) no asisten.

En relación a la información recibida se encontró que 61(55%) si reciben y 49(45%) no, de las 61 que reciben información 31(51%) es recibida por la enfermera y 30(49%) por el médico y asisten a los clubes de crónicos 34(31%) y 76(69%) no. (Ver anexo grafica N° 4)

Referente al apoyo recibido en la familia se encontró que 108 (98%) lo reciben, de estos el tipo de apoyo es económico 43(39%), emocional 19(17%), acompañamiento 38(35%), solución al conflicto 6(5%), y de fármaco 4(4%), y 2(2%) no reciben apoyo. (Ver anexo tabla N°5)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

I. Datos socio demográficos presente en los participantes del estudio.

En relación a los datos sociodemográficos de los participantes del estudio se encontró que la mayoría está en el grupo de edad de 61 a más, seguido de los de 41-50 años. Se destacó el sexo femenino, casados, de religión católica.

En relación a la ocupación de ama de casa y comerciantes, se destacó la escolaridad primaria. En su mayoría tienen de 8 a más hijos, seguido de los de 4-7, vive acompañado, principalmente los hijos y esposo

II. Factores socio culturales que influyen en el auto cuidado de la Diabetes tipo 2.

Con respecto a los alimentos consumidos en la dieta de los participantes del estudio se encontró que los alimentos consumidos principalmente fueron las pastas, papas y coca cola, solo una minoría consume aceite de olivas. La mayoría consume enlatados y aplican mayonesa al pan. Las frutas y verduras carne de pescado, carne de res, carne de cerdo son consumidas por la mayoría a veces, no así la de pollo que lo consume siempre.

No utilizan endulzantes artificiales.

Jones Santiago señala que la ingesta excesiva de carbohidratos y por ende calorías, se asocia con aparición de exceso de grasa visceral, que deteriora la sensibilidad a la insulina, que a su vez incrementa los requerimientos de insulina y favorece el aumento del glucagón (el glucagón es una hormona que hace subir el azúcar en la sangre) alimentos que puede aumentar el colesterol; El correcto Cambio Terapéutico de Estilo de vida (CTEV), es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con esta patología. lo más recomendable es primeramente mejorar la dieta, que debe ser rica en fibra más no en calorías ni en carbohidratos.

En el estudio la alimentación está más concentrada en carbohidratos y es poca en frutas y verduras, por lo que no se puede concluir que es lo que influye la falta de estilo de vida, o la falta de recursos económicos (dinero) ya que esta no fue medida

no era parte de las variables de estudio, lo cual es importante incluirlo en futuros estudios.

Referente a la actividad física realizada por los participantes se encontró que la mayoría reposa un tiempo mayor a una hora. Solo una minoría lo realizan y de estos el tipo de ejercicio realizado es caminar, 3 veces a la semana, por más de una hora.

Fuenzalida Díaz refiere que la sensibilidad a la insulina por diversos mecanismos: aumenta el flujo de sangre a los tejidos sensibles a la insulina, induce un aumento en los transportadores musculares de glucosa (GLUT-4), y reduce los niveles de ácidos grasos libres.

Además, el ejercicio proporciona otros beneficios como mejoría de la tensión arterial, de la actividad miocárdica y del perfil lipídico, disminuyendo los triglicéridos y elevando los niveles de colesterol HDL. En el estudio los participantes realizan ejercicios no rigurosos., lo cual no contribuye positivamente a los beneficios metabólicos que este proporciona

Con respecto al consumo de sustancias de los participantes del estudio la mayoría no consume alcohol y de los que lo realizan la mayoría lo hace a veces y el tipo de alcohol más consumido es la cerveza, y la minoría consume cigarrillo.

Hoyos Duque indica que el uso del tabaco puede empeorar 2,8 veces la microalbuminuria en pacientes con diabetes mellitus. Para los hombres diabéticos fumadores, el riesgo cardiovascular es más alto. La supresión total del tabaquismo constituye una prioridad en el manejo del paciente con diabetes. En el estudio a pesar de que es poco el porcentaje de consumo, no hay una suspensión definitiva lo que puede provocar en el paciente un deterioro paulatino, y por ende complicaciones cardio vascular a mediano o largo plazo.

Referente al acceso a los servicios de salud, se encontró que la mayoría se monitorea la glicemia, no es recibida la visita domiciliar. Y en su mayoría Con respecto a la visita de una unidad de salud la realizan cuando tienen cita, no obstante hay un porcentaje significativo que lo hace cuando se sienten mal, la mayoría recibe educación y es brindada casi proporcional tanto por el médico como

por la enfermera y no asisten a clubes de crónicos. La mayoría recibe apoyo de la familia y el tipo de apoyo recibido es económico y de acompañamiento.

López Ramón refiere que los determinantes sociales de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, la familia, posición social, educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. En el estudio a pesar de que existe el apoyo económico y acompañamiento se considera que existen debilidades en la solución de conflictos lo cual es determinante para que el paciente se mantenga libre de estrés y la farmacológica quizás esta en menor porcentaje porque es proporcionada por la unidad de salud, no obstante, un buen porcentaje asiste en otras situaciones que no es según cita médica lo cual en algún momento puede ser contraproducente para el auto cuidado.

X. CONCLUSIONES

En relación con los datos sociodemográficos de los participantes del estudio la mayoría se encuentra en el grupo de 61 años a más, de sexo femenino, estado civil casados de religión católica, ocupación de ama de casa y comerciantes, con nivel de escolaridad primaria. Tienen de 8 a más hijos, viven acompañado con hijos y esposo.

Los factores socio culturales que influyen en el auto cuidado de los pacientes con diabetes tipo 2

La dieta consumida no es equilibrada siendo de mayor consumo la carne de pollo, azúcares, enlatados, grasas saturadas y carbohidratos.

Las frutas y verduras son consumidas a veces

No utilizan endulzantes artificiales.

Entre la actividad física realizada el reposo es mayor a una hora, la minoría realiza ejercicio siendo este caminar con una frecuencia de 3 veces a la semana, por más de una hora.

El consumo de sustancias no se destacó, y entre la minoría que consume la cerveza es la bebida que predomina y es consumida a veces.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, se encontró que la glicemia es monitoreada.

La unidad de salud es visitada por la cita, se brinda educación y esta es impartida tanto por el medico como por la enfermera y no pertenecen a los clubes de crónicos.

Reciben apoyo de la familia, y de estos son económico y de acompañamiento.

XI. RECOMENDACIONES

A los recursos de salud pertenecientes al área de estudio

Que se fortalezcan los planes dirigidos a promover el auto cuidado haciendo énfasis sobre la dieta y el cuidado con las bebidas azucaradas y comidas procesadas.

Elaboración de guía de ejercicios donde se determinen el tipo, frecuencia y duración de estos tomando en cuenta la contraindicación para cada situación de salud particular.

Tanto el medico como la enfermera continúen promoviendo estilos de vida saludables y la responsabilidad compartida la cual se puede aplicar a través de un proceso de concientización, donde no solo involucra al paciente si no a la familia. Por ser esta una enfermedad que se controla no solo por el tratamiento farmacológico y la adherencia al tratamiento responde con ayuda de estilos de vida y auto cuidado

Que, en la planificación de terreno, en las visitas domiciliarles se prioricen a los pacientes con inasistencia de mayor de 6 meses.

Que en las consejerías se promueva la importancia de los Clubes, su utilidad, siendo este uno de los círculos en donde se adquiere información educativa e intercambio de experiencia y fortalece.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vera Carmen Tejiendo sobre los aspectos sociales de la diabetes basada en la experiencia persona América Latina en movimiento Buenos Aires 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Informe mundial sobre la diabetes, Washington, DC, abril de 2016
3. Romero Baquedano I. Dos Santos M.A, Martins T.A etal Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010.
4. Hidalgo Carpio E.V Medidas de Autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en pacientes que asisten al programa de diabetes del hospital Nacional Dos de Mayo. Universidad Mayor de San Marco, Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería, Octubre –diciembre 2005. Lima – Perú.
5. Amador Díaz M.B, Márquez Seledonio F. G, Sabido Sighler A.S Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 68, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Delegación Veracruz Norte, México.2006.
6. Argeñal Munguía I, Diario LA PRENSA, Managua Nicaragua 25/11/2017.
7. Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Diabetes Mellitus Primera edición 2008 ISBN: 978-607-460-042-1 México,D.F 2008.
8. Méndez Ramírez J “Apoyo familiar y complicaciones crónicas, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la unidad de medicina familiar numero 64; Tequesquihuac Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina Especialidad en medicina familiar departamento de evaluación profesional. Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar Toluca México 2013.
9. Salcedo-Rocha, Ana L; García de Alba-García, Javier E; Sevilla, Elizabeth Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México, Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 2, abril, 2008, pp. 256-264 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil.

10. D. N. Jordan and J. L. Jordan, «Self-care behaviors of Filipino American adults with type 2 diabetes mellitus,» *Journal of Diabetes and its Complications*, vol. 24, pp. 250-258, 2010.
11. Galindo-Martínez, M. G.; Rico-Herrera, L.; Padilla-Raygoza, N. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2, México 2014.
12. Jones Santiago El entorno y factores sociales de personas con diabetes que asisten al club de diabéticos del área de salud no 6 y su posible relación entre la diabetes tipo 1 y tipo 2. Quito Ecuador 2015.
13. López Ramón C, Ávalos García MI, Diabetes mellitus hacia una perspectiva social Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabasco, México, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México, 2013.
14. Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010. Actualización junio 2014 www.eerp.usp.br/rlae acceso 28 noviembre 2018.
15. García Laguna D.G, García-Salamanca G.P, Tapiero Paipa Y.T et al Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios, *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 17, No.2, 2012, págs. 169 – 185. Bogotá Colombia.
16. Hernández Triana E. Manejo de la DM: estilos de vida y nutrición, Asociación Colombiana de Endocrinología. Bogotá. 2011.
17. Fuenzalida Díaz D.I, Palomino Pino L.A, Silva Lizana S.A. Incidencia de los estilos de vida para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en la población chilena, Santiago de Chile, 2016.
18. Hoyos Duque T.N, Arteaga Henao M.V, Muñoz Cardona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. *La visión del cuidador familiar Invest Educ Enferm.*; 29(2): 194-203. Medellín Colombia 2011.

XIII. ANEXOS

RESULTADOS

Resultados I. datos sociodemográficos presente en los participantes.

Fuente: La Encuesta

Tabla I. Datos socio demográficos presente en los participantes del estudio		
Edad	n°	%
30-40	12	12
41-50	31	28
51-60	16	15
61 a más	50	45
Total	110	100
Sexo	n°	%
Femenino	63	57
Masculino	47	43
Total	110	100
Estado civil	n°	%
Casado	45	41
Unión Libre	26	24
Soltero	22	20
Viudo	17	15
Total	110	100
Religión	n°	%
Católico	54	49
Evangélica	35	32
Otro	21	19
Ocupación	n°	%
Ama de casa	42	38
Jubilado	23	21
Agricultor	11	10
Obrero	6	5
Comerciantes	26	24
Ninguno	2	2
Total	110	100

Tabla 2. Datos socio demográficos presente en los participantes del estudio		
Escolaridad	n°	%
Primaria	68	62
Secundaria	23	21
Técnico	9	8
Universitario	10	9
Total	110	100
Número de Hijos	n°	%
1- 3	17	15.4
4 – 7	43	39
8- 12	50	45.4
Total	110	99.8
Vive sola	n°	%
Si	5	5
No	105	95
Total	110	100
Familiares que habitan con el paciente (n=105)	n°	%
Hijos	64	61
Sobrinos	6	6
Esposo	41	39
Nieto	18	17

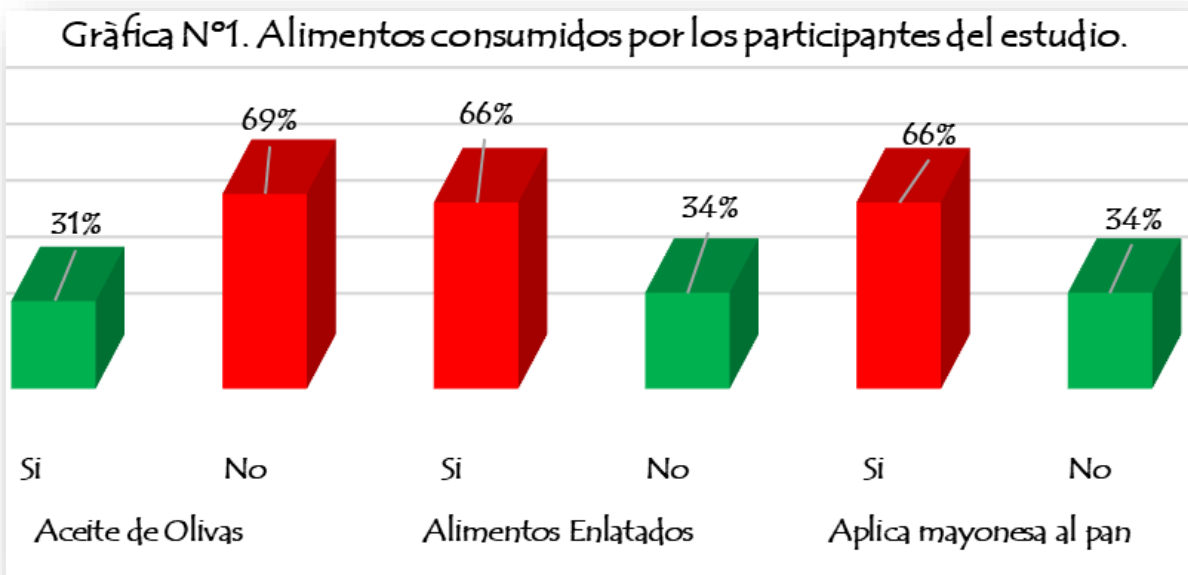
Fuente: La Encuesta

I. Factores socio culturales que influyen en el auto cuidado de la Diabetes tipo 2.

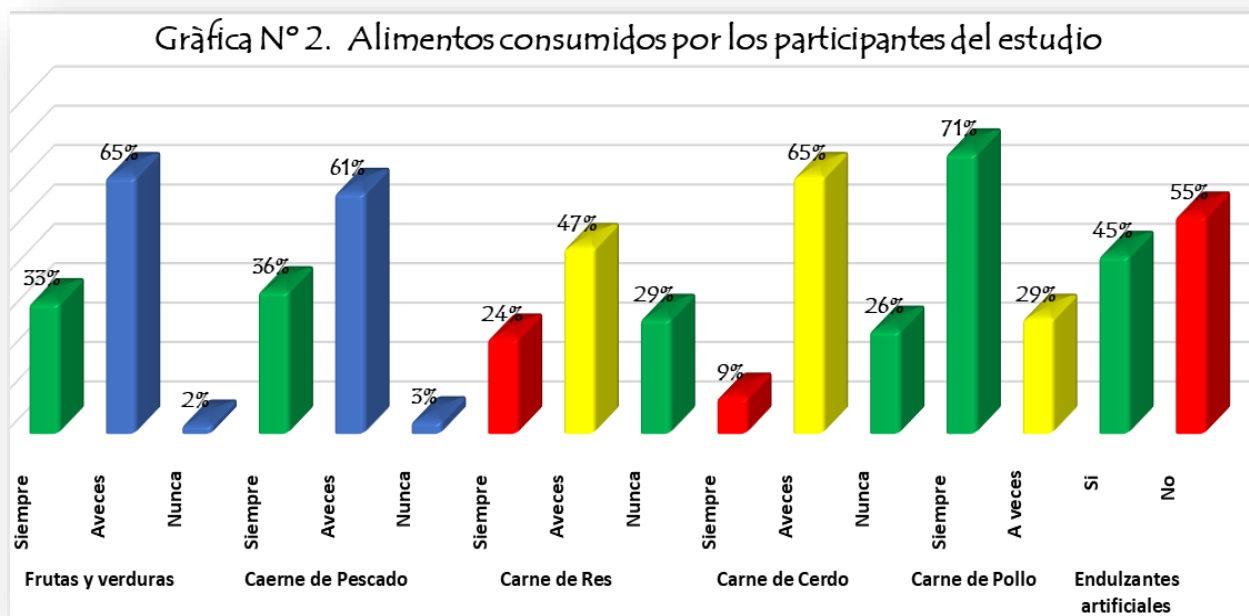
Tabla N° 3 Alimentos consumidos en la dieta de los participantes del estudio.

Alimentos	n°	%
Pastas	54	49
Papas	33	30
Yogurt	11	10
Coca Cola	33	30
Postres	22	20

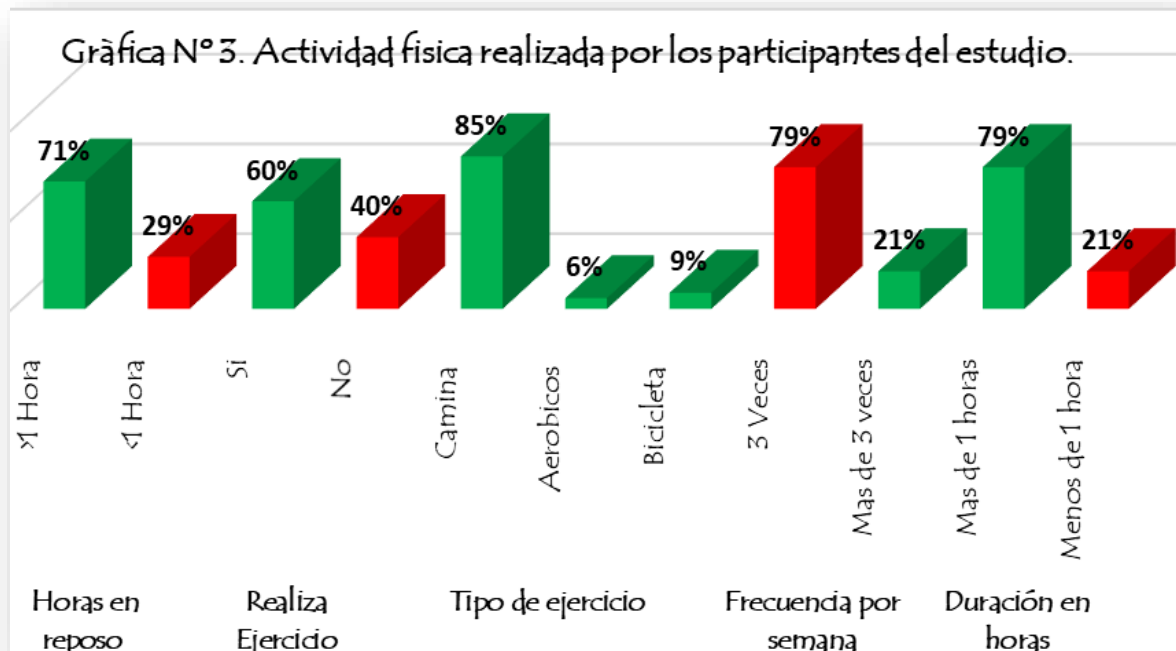
Fuente: La Encuesta



Fuente: La Encuesta



Fuente: La Encuesta

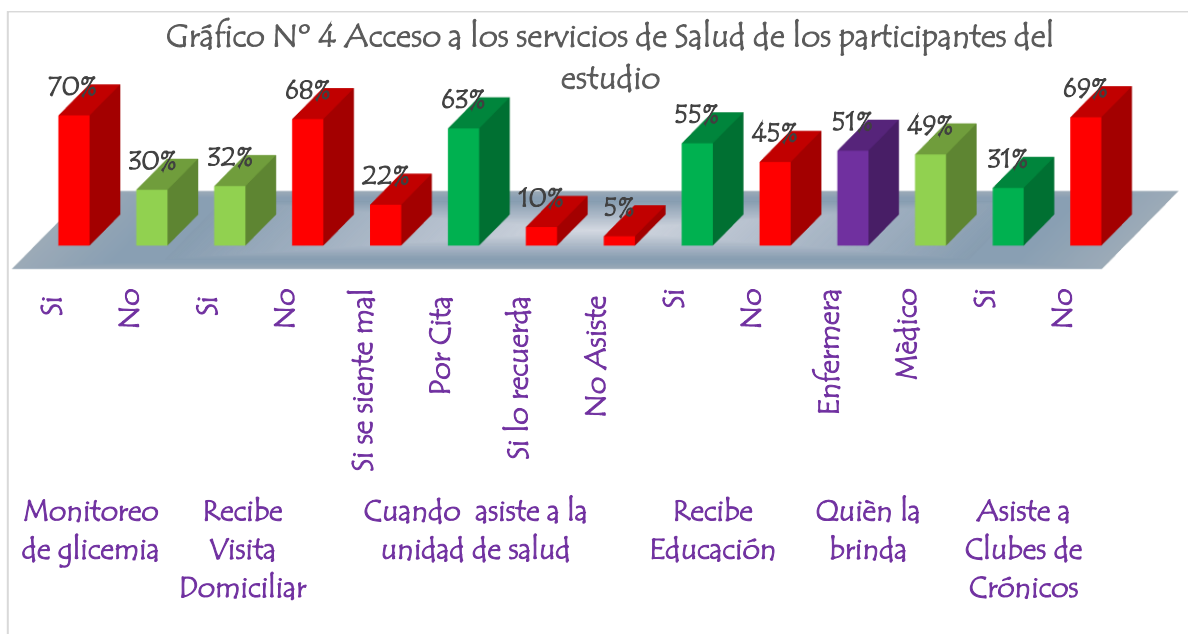


Fuente: La Encuesta

Tabla N°4. Consumo de sustancias de los participantes del estudio.

Consumo de sustancias	Si		No		Total
	N.º	%	N.º	%	
Alcohol	35	32	75	68	110
Cigarrillo	26	24	84	76	110
Tipo de alcohol consumido	N.º	%	N.º	%	Total
Cerveza	25	71	-	-	25
Ron	3	9	-	-	3
Vino	7	20	-	-	7
Total	35	100	-	-	35
Consumen alcohol	A veces	35	100%		35

Fuente: La Encuesta



Familiar	N.º	%
Si	108	98%
No	2	2%
Total	110	100%
Tipos de apoyo recibido	N.º	%
Económico	43	39%
Emocional	19	17%
Acompañamiento	38	35%
Solución de conflictos	6	5%
Fármaco	4	4%
Total	110	100%

Fuente: La Encuesta.

Tabla N°5 Apoyo recibido a los participantes del estudio.

INSTRUMENTO
DE
RECOLECCIÓN
DE DATOS

NIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA



UNAN-LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta

El propósito de este instrumento es recolectar información acerca de: Los factores socioculturales que influyen en el autocuidado de en el paciente con diabetes Tipo 2. que asisten a la unidad de salud María del Carmen salmerón usted responderá marcando con una **X** su respuesta, dicha información brindada será confidencial y solo se usará para fines de estudio.

I. Datos sociodemográficos

1. Edad actual _____
2. Sexo F____ M_____
3. Estado civil actual: Casado ____ Unión Libre____ Soltera ____ Viudo ____
4. Religión que profesa: católica____ Evangélica ____ Otras_____
5. Ocupación: Ama de casa____ Jubilado ____ Agricultor ____ Obrera ____
Comerciante____ Ninguna_____
6. Escolaridad: Primaria____ Secundaria____ Técnico Superior____ Universitario.
7. Número de Hijos _____
8. Vive solo Sí__ No__
9. Familiares que habitan con usted: Hijos ____ Sobrino____ Esposo____ Nieto__

II. Factores socio culturales que influyen en el auto cuidado de la Diabetes Tipo 2.

10. Señale cuál de las siguientes opciones son alimentos consumidos en su dieta
Pastas ____ Patatas ____ Yougur____ Coca cola____ Postres_____
11. Utiliza aceite de olivas al preparar alimentos; Si__ No__
12. Consume alimentos enlatados: Si __ No__
13. Aplica mayonesa al pan: Sí____ No__
14. Frecuencia de consumo de verduras y frutas: Siempre__ A veces__ Nunca__

15. Consumo de carnes	Nunca	A veces	Siempre
Pescado			
Pollo			
Carne de res			
Carne de cerdo			

16. Utiliza endulzante artificial: Sí ___ No___

Actividad física

17. Cuantas horas duras en reposo: <2 horas _____ >2 horas

18. Realiza Ejercicios Sí ___ No___

19. Si su respuesta es Sí que tipo realiza: Caminar___ Aeróbico___ Bicicleta___

20. Con que frecuencia a la semana los realiza: 3 Veces ___ Más 3 Veces _____

21. Duración en horas < 1 _____ > 1_____

Sustancias

22. Usted consume Alcohol: Si ___ No___

23. Si su respuesta es sí Que tipo consume: Cerveza ___ Ron___ Vino___

24. Frecuencia de consumo A veces Siempre

25. Consumo de cigarrillo: Si___ No___

Acceso Servicios de salud

26. Monitoreo de Glicemia: Sí___ No___ 29. Acude a la unidad de salud:

Cuando se siente mal___ Cuando tiene cita___ Cuando lo recuerda_____ No asiste a la unidad de salud___

27. Recibe Visita domiciliar por parte de los recursos de salud: Sí___ No___

28. Recibe educación sobre su enfermedad: Sí___ No___

29. Quien la brinda: Enfermera_____ Medico_____

30. Pertenece a algún club de pacientes con enfermedad crónica no transmisible:

Sí ___ No___

Apoyo Familiar: 31. Tiene apoyo de la familia: Sí___ No___

32. Marque con una X que tipo de apoyo recibe de la familia Económico___

Emocional___ Acompañamiento___ Solución de conflicto___ Brindar fármaco: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA



A: Dra. Cruz Cano

León 17-09 2018

Directora General del SILAIS Chinandega.

Reciba cordiales saludos.

Estimada Dra. La presente misiva es para solicitar de manera formal la autorización para que las egresadas de la carrera Licenciatura en Ciencias de Enfermería UNAN-LEON puedan realizar su tema de investigación para fines de trámite de título de la carrera antes mencionada la cual solicita como requisito un trabajo monográfico.

El propósito de este estudio es conocer los factores socio culturales que influyen en el auto cuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud María del Carmen Salmerón Chinandega 2018.

El equipo de investigación está integrado por Br. Luz Arelis Cruz Altamirano y Br. Dalia Cristina Tejeda Rodríguez.

La responsable de las etapas de investigación desde la propuesta hasta el informe final estará siendo tutorado por mi persona.

Sin más a que hacer referencia agradezco de antemano su apoyo.

Att: Lic. Aura Mercedes Herrera Espinoza Msc ESS

C/c Dr. Josué Delgado

(Responsable de docencia SILAIS Chinandega)

C/c archivo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
Actividad	S: Semana.									
	Septiembre				Octubre				Noviembre	
	I	II	II	I	I	II	III	IV	I	II
	S	S	I S	V S	S	S	S	S	S	S
Recolección de la información										
Procesamiento de la información										
Análisis de resultados										
Conclusiones										
Recomendaciones										
Tutorías										
Entrega de informe Final										