

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

"FACTORES PERSONALES QUE INFLUYEN EN EL
CUIDADO DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN
DIABÉTICA DE 20 A 80 AÑOS, EN EL DISTRITO DE
TRES RÍOS, CANTÓN LA UNIÓN, CARTAGO, ENERO-
FEBRERO DEL 2017"

SUSTENTANTE

ELSY FALLAS VEGA

Mayo, 2017

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
ÍNDICE DE CUADROS	viii
PRÓLOGO	ix
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
a. Antecedentes del problema	12
b. Descripción del problema	16
c. Delimitación del problema.....	20
d. Justificación de la investigación	21
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL	25
1.3 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	25
1.3.1 Objetivos específicos	25
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	26
1.4.1 Alcances	26
1.4.2 Limitaciones	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	27
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO.....	28
a. Recapitulación acerca del desarrollo del problema a nivel mundial.....	28
b. Recapitulación acerca del desarrollo del problema a nivel nacional	33

2.2 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	37
2.2.1 Enfermedades no transmisibles.....	38
2.2.2 Anatomía y fisiología del páncreas.....	40
2.2.3 Diabetes Mellitus.....	43
a. Definición.....	43
b. Clasificación y sintomatología.....	44
d. Tratamiento para la Diabetes Mellitus.....	47
e. Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....	51
2.2.4 Factores Personales.....	57
a. Definición.....	57
b. Tipos de factores personales.....	58
c. Clasificación de factores personales.....	58
2.2.4.1 Factores sociodemográficos.....	59
2.2.4.2 Factores educativos.....	62
2.2.4.3 Factores culturales.....	64
2.2.5 Cuidado de la salud.....	68
a. Definición del cuidado de la salud.....	68
b. Pilares para el cuidado de la salud.....	68
2.2.6 Teorizante de Enfermería.....	77
2.2.6.1 Teoría propuesta por Dorothea Orem.....	78

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	82
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	83
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	83
3.2.1 Unidades de análisis u objetos de estudio	84
Criterios de inclusión.....	85
Criterios de exclusión	85
3.2.2 Fuentes de información	86
Fuentes primarias.....	86
Fuentes secundarias	86
3.2.3 Identificación, descripción y relación de variables	86
Factores Personales	86
Cuidado de la salud:	87
3.2.4 Proceso de operacionalización de variables	88
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	94
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	95
4.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	96
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
5.1 CONCLUSIONES	137
5.2 RECOMENDACIONES.....	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

BIBLIOGRAFÍA CITADA	145
LISTA DE ABREVIATURAS.....	161
ANEXOS	163
ANEXO 1: Carta del área de Salud de La Unión, cantidad de personas diabéticas	164
ANEXO 2: Instrumento aplicado a la población diabética de 20 a 80 años en la comunidad de Tres Ríos, cantón La Unión.	165
ANEXO 3: Carta de declaración jurada.....	171
ANEXO 4: Carta del tutor.....	172
ANEXO 5: Carta del lector	173
ANEXO 6: Carta del filólogo	174
ANEXO 7: Dedicatoria	175
ANEXO 8: Agradecimientos	176

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución de la población bajo estudio, según antecedentes patológicos personales y familiares	97
Gráfico N° 2 Distribución de la población bajo estudio, según consumo de sustancias lícitas	99
Gráfico N° 3 Distribución de la población bajo estudio, según sexo	104
Gráfico N° 4 Distribución de la población bajo estudio, según trabajo laboral	107
Gráfico N° 5 Distribución de la población bajo estudio, según remuneración económica laboral	109
Gráfico N° 6 Distribución de la población bajo estudio, según grupo racial	112
Gráfico N° 7 Distribución de la población bajo estudio según grupo religión	113
Gráfico N° 8 Distribución de la población bajo estudio, según uso de bebidas de origen natural	115
Gráfico N° 9 Alimentación en la población bajo estudio, según consumo de frutas y verduras	117
Gráfico N° 10 Alimentación en la población bajo estudio, según consumo de tortillas y pan	119
Gráfico N° 11 Alimentación en la población bajo estudio, según consumo de azúcar en los alimentos o bebidas	122
Gráfico N° 12 Alimentación en la población bajo estudio, según dieta especial	123
Gráfico N° 13 Actividad física en la población bajo estudio, según actividades que realiza en el tiempo libre.....	125

Gráfico N° 14 Frecuencia de actividad física en la población bajo estudio, según caminatas de 10 o más minutos semanales	126
Gráfico N° 15 Actividad física en la población bajo estudio, según ejercicio físico en el tiempo libre.....	128
Gráfico N° 16 Tratamiento médico en la población bajo estudio, según tipo de método curativo utilizado	130
Gráfico N° 17 Tratamiento médico de la población bajo estudio, según periodo de control clínico de la Diabetes Mellitus	132
Gráfico N° 18 Tratamiento médico en la población bajo estudio, según frecuencia para mantener controlada la Diabetes Mellitus	134

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Distribución de la población bajo estudio, según edad.....	102
Cuadro N° 2 Distribución de la población bajo estudio, según estado civil.....	105
Cuadro N° 3 Distribución de la población bajo estudio, según nivel de escolaridad	111

PRÓLOGO

Los factores personales pueden influir de forma negativa en el desarrollo de complicaciones cuando se padece una enfermedad crónica no trasmisible como la diabetes.

No obstante, los factores personales no incluyen solamente edad, sexo, etnia, talla o peso de la persona, sino abarca mucho más. Hablando desde ámbitos sociodemográficos y educacionales, hasta en la cultura que esté inmerso el individuo, ya que dependiendo de las características que se contengan o no en estos elementos, podría cuidarse de mejor forma el estado de salud de una persona con Diabetes Mellitus.

Cuando se padece de Diabetes Mellitus, es trascendental que la persona afectada cuide su estado de salud adecuadamente para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas a esta enfermedad. Mantener un cuidado de la salud en esta población incluye alimentarse adecuadamente, realizar actividad física diaria e ingerir, según las indicaciones prescritas el tratamiento farmacológico indicado.

CAPÍTULO I: Se enmarcará el planeamiento del problema, así como los objetivos que se llevarán a cabo para que la investigación surta efectos, de igual manera se desarrollará la pregunta de investigación, así como de los alcances y limitaciones que se obtendrán de esta.

CAPÍTULO II: Se abordarán los sustentes teóricos existentes para el abordaje del tema en cuestión, para fundamentar las consecuentes que existen para el entendimiento y desarrollo del trabajo.

CAPÍTULO III: Se mencionarán el enfoque, tipo y diseño de investigación, así como la unidad de análisis y objeto de estudio. Seguidamente se abordarán los criterios de inclusión y

exclusión. De igual manera se detallará la operacionalización de cada una de las variables y las técnicas e instrumentos que se utilizarán para la obtención de la información, además el plan piloto para la validación del mismo.

CAPÍTULO IV: En este marco se darán a conocer los resultados que se obtuvieron en dicha investigación. Donde se incluirá el diagnóstico de la situación y se hallará conformado por la descripción de datos por medio de gráficos.

CAPÍTULO V: Se detallará la interpretación o discusión de los resultados, donde se realizará el análisis de los datos recolectados de la muestra y se contrasta con las fuentes teóricas utilizadas. Todo con el fin de validar los resultados.

CAPÍTULO VI: Se señalarán las principales conclusiones y recomendaciones que resultaron de todo el desarrollo de la investigación en cuestión, relacionadas con los objetivos planteados en dicha exploración

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

La Diabetes Mellitus es una enfermedad no trasmisible que aqueja a gran parte de la población mundial, siendo considerada una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia, sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padece (1).

La no adherencia al tratamiento en personas diabéticas es un factor personal que se asocia a la deficiencia del cuidado en la salud en esta población, es por esto, que en Colombia se realizó un estudio donde se intentó comprender los factores que favorecían a que estos individuos no tuvieran un tratamiento adecuado por parte de sus cuidadores. Como parte de la aplicación, se llevaron a cabo 18 entrevistas a cuidadores de pacientes con DM2, pertenecientes a programas de control de diabetes de instituciones de salud en Medellín, Colombia (2).

Se realizaron diversas entrevistas a los participantes y los resultados fueron los siguientes: “el 94,4% eran mujeres, 88,9% eran amas de casa y el 11,1% tenía trabajo remunerado estable; por edad el 44,4% tenía entre 40 y 50 años, 33,3% entre 51 y 60 años y 22,3% restante eran menores de 45 años. En cuanto al nivel educativo, el 50,0% de los cuidadores tenía estudios de primaria, 22,2% secundaria y el 5,6% tenía formación universitaria, las demás participantes no recordaron los estudios realizados; sin embargo, todos respondieron que tenían algún tipo de estudio; por estrato socioeconómico el 22,2% de los participantes pertenecía al uno, un 50,0% al dos y el 27,8% restante al tres” (2).

De igual forma, este estudio clasificó sus resultados por medio de seis categorías, dando como resultado: “...la adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a la múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo” (2).

Por otro lado, en Uruguay se realizó un estudio muy similar al anterior, donde se enfocaron de igual manera en los factores que favorecían a que las personas con Diabetes Mellitus se adhirieran al tratamiento para esta condición, donde se analizaron varios factores personales que son de importancia, como su género, estado civil, educación, trabajo, índice de masa corporal, antecedentes familiares, hábitos higiénico dietéticos, entre otros.

Donde se encontró que la mayor parte de personas estudiadas eran mujeres entre 45 y 60 años de edad; de acuerdo con los datos, un tercio de la población curso primaria, más de dos tercios tienen antecedentes familiares de primer grado con DM2, en su mayoría eran obesos, muy pocos seguían las indicaciones de la OMS en cuanto al cuidado de la salud en este tipo de personas, y se detectó que tenían alto consumo de carnes rojas, dado el lugar geográfico donde viven, por lo que se detectó que estas personas en un 56% tenía una buena adherencia al tratamiento, a pesar de que había deficiencias en el ámbito alimenticio y de ejercicio físico (3).

En México se analizaron las causas del desapego al tratamiento y dieta en pacientes con Diabetes Mellitus, variables muy importantes en el cuidado de la salud en personas con esta patología, fue un estudio descriptivo, donde se tomaron en cuenta el sexo, edad, escolaridad, ocupación, historia familiar, causas del desapego al tratamiento y a la dieta, entre otros (4).

Este estudio obtuvo como resultado: "...de los 156 pacientes incluidos, las principales causas de desapego o abandono del tratamiento y/o dieta indicados fueron el olvido y la insistencia en el consumo de alimentos restringidos. Además, el grado de asociación de Diabetes Mellitus con los antecedentes familiares de esta patología e hipertensión es de 2,4 a 5,8 veces, con una $p < 0,05$." (4)

De igual forma, en Veracruz, México, se cuantificó la prevalencia y los factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, mediante muestreo probabilístico fueron seleccionados 200 pacientes diabéticos tipo 2 a quienes se les aplicó una encuesta transversal analítica. Se aplicó un cuestionario relacionado con el autocuidado de la salud; se investigó, además, el nivel de glucemia, factores sociodemográficos, culturales y psicológicos, analizados por medio de la razón de momios de prevalencia (5).

Esto dio como resultado que: "...se encontraron 125 pacientes con autocuidado (65%) que conformó el grupo A. Por otro lado, los pacientes que estaban sin autocuidado fueron 75 (37,5%) integrados en el grupo B. Para el grupo A, el nivel de glucemia en ayunas fue de 170 mg/dl, mientras que el grupo B fue de 202. $p < 0,05$. La familia desintegrada tuvo un riesgo de 4,62 $p < 0,00$ para la práctica del autocuidado. No padecer ansiedad o depresión ($p = 0,00$) fue un factor favorable." (5)

El cuidado de la salud que deben tener las personas diabéticas es fundamental para sobrellevar una vida relativamente normal a lo largo de los años, por esto, de igual forma en México se realizó un estudio para identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su propio cuidado. Se realizó una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán,

Sinaloa, y se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio (6).

Dicha investigación arroja los siguientes resultados: "...de la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de +/- 12,36. Nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado fue insuficiente en un 79%. Por esto, los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado. Los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado con el tratamiento farmacológico."

(6)

En Costa Rica, para el año 2007 se realizó un estudio que llevo por nombre: "Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica" (7), donde se desarrolló una investigación comparada sobre las características de la Escala de Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus II versión III, en dos muestras costarricenses y conformado por ambos sexos. Dicha referencia denotó que los factores dieta, control médico y organización-apoyo comunal, son ámbitos en los que la población debe enfatizar más su cuidado, ya que, según este estudio, se encuentran deficientes. También, se indica que la zona rural fue la que para esa época presentó mejores puntajes de comparación, respecto de la tabla mencionada anteriormente.

Siguiendo la línea del mismo artículo, se demostró la necesidad que tiene Costa Rica y Latinoamérica, de iniciar y mantener futuras investigaciones regionales sobre la Diabetes Mellitus II, esto dado que las personas requieren de un cuidado médico continuo; además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad y con esto prevenir complicaciones, por otro lado, de aumentar la calidad de vida; sin embargo, por la

complejidad del tratamiento, creencias erróneas sobre la salud y enfermedad que tienen los pacientes, se maneja una baja adherencia terapéutica al tratamiento (7).

En una zona urbana de Costa Rica, Sedó P. (8), realizó una investigación sobre la percepción que tienen las personas adultas mayores sobre su padecimiento, la Diabetes Mellitus, donde demostró que la poca información y apoyo en el seno familiar y los servicios de salud, favorecen a que esta población adopte conductas de pobre autocuidado y falta de control de la enfermedad, lo que esta situación podría demandar un mayor índice de complicaciones asociadas a dicha patología.

Dicha investigación fue de tipo cualitativo, basada en el enfoque de fenomenología social, y la recolección de datos se realizó durante los años 2004-2007; la población estudiada estuvo constituida por 50 adultos y 12 familiares, arrojando las siguientes datos: "...respecto a la escolaridad, la mayoría tenía estudios primarios incompletos, sobre su ocupación actual, 14 mujeres y 10 varones se dedicaban a labores en el hogar no remunerados, en este las mujeres expresaron que la mayor fuente de financiamiento provenía de sus cónyuges, hijos e hijas o hermanos. El tratamiento seguido es variante, se resalta la dieta y el uso de hipoglucemiantes orales o insulinas; sin embargo, se presenta un menor grado de importancia el ejercicio y el cuidado de los pies, entre otros" (8). La información descrita muestra los tipos de factores personales y del cuidado de la salud que generalmente muestra las personas adultas con Diabetes Mellitus.

b. Descripción del problema

La Diabetes Mellitus es considerada una de las enfermedades que ataca con mayor frecuencia a la población mundial, ya que su aparición depende de muchos factores personales, entre

ellos: genéticos, alimentarios, fisiológicos, educacionales, sociales, económicos, culturales, entre otros, y muchas veces estos intervienen negativamente en el cuidado de la salud. Por esto, se enfatiza en la prevención de esta patología, dado que a nivel global produce una carga económica muy alta para los países en general.

Como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con cáncer prioritario, ya que en las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad (9).

Para el año 2014, se estimó que existen alrededor de 422 millones de adultos en todo el mundo con diabetes, comparándolo a los 108 millones que existían para 1980. Casi duplicándose la prevalencia mundial de esta enfermedad desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (9).

La OMS mantiene una preocupación constante por los altos índices de prevalencia de la Diabetes Mellitus a nivel mundial, no solo porque produce repercusiones económicas a los países, personas que la padecen o sus familias, sino que también agrega complicaciones asociadas que incrementan el riesgo de muerte prematura. Por esto, esta organización pretende atacar los factores predisponentes de esta enfermedad, como la obesidad y el sobrepeso, para evitar su aparición en los que casos que pueda prevenirse, cuidando su salud.

Parte de la relevancia que mantiene la diabetes como una enfermedad social, es que produce un desmejoramiento prolongado en la salud, algunas veces de forma súbita, por un lado,

cuando no se logra un diagnóstico certero y, por el otro, cuando por diferentes circunstancias el individuo no cuida ni mantiene su estado de salud.

En personas con esta patología, el cuidado de su salud es indispensable para sobrellevar una calidad de vida adecuada, y con esto, evitando complicaciones; sin embargo, se convierte en problema cuando la persona por factores, en este caso, personales, decide no seguir los lineamientos estipulados para tal condición y producen un declive desfavorable.

Ruiz-Ramós M. *et al*, menciona que la diabetes produce complicaciones macro y microvasculares, estas producen un alto costo socioeconómico a nivel de los servicios públicos de salud, principalmente en los países más pobres (10). Esto conlleva a que se destinen millones de millones en el tratamiento para estas dificultades, intentando mejorar la salud de sus pobladores.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que con el tiempo provoca otros padecimientos graves en la persona que la padece, como disminución de la visión, pérdida en la sensibilidad de la piel, calambres, disminución de la fuerza muscular, úlceras en los pies por la falta de circulación sanguínea y aumento de peso corporal.

Además, estos individuos son más propensos a adquirir infecciones a nivel de vías urinarias o en heridas, esto porque su cicatrización es un proceso más lento. Por otro lado, tienen más riesgo de padecer de enfermedades cardiovasculares.

Mencionado a breves rasgos, las complicaciones que esta enfermedad produce, se resalta la importancia de que estos individuos mejoren su calidad de vida mediante una dieta saludable, actividad física regular, mantenimiento de un peso corporal adecuado y evitando el consumo de nicotina (11). Si los afectados lograran llevar a cabo estas actividades se disminuirían a

cabalidad las afecciones asociadas, además que la obligación económica que se destina para esta patología en todos países de igual forma mermaría.

Sin embargo, por una carga social, cultural o educativa en muchos casos, estas personas dejan de lado el cuidado de su salud, provocando que se adjunten más problemas a su diabetes. Esto radica en la escasa importancia que los individuos en general le dan a esta enfermedad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS describen que los principales factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes radican en el sobrepeso y la obesidad, y a la inactividad física, además del consumo excesivo de tabaco y alcohol, historia familiar de diabetes y otros factores desconocidos (11). Por esto, evitar estas prácticas no saludables contrarrestaría la aparición de esta patología y, en muchos casos, reduciría al mínimo los problemas que conlleva tener diabetes.

Existen factores personales que favorecen, en cierta forma, a que esta enfermedad aparezca por más cuidados hacia la salud que se practiquen, dentro de ellos se incluyen la edad, sexo, etnia, la genética, enfermedades metabólicas que producen aumento de peso desproporcionado, entre otros (12). Sin embargo, que se tengan factores predisponentes, no amerita que la enfermedad no pueda sobrellevarse. Llevando un tratamiento adecuado, enfocado en los tres pilares: alimentación, ejercicio físico y tratamiento farmacológico, favorece de gran medida a la evitación de afecciones graves y, con esto, puede llevarse una vida adecuada.

Las personas, en la actualidad, conducen un ritmo de vida muy acelerado y con grandes cantidades de estrés en sus hombros, todo esto repercute negativamente en su diario vivir. Dado que no se mantienen horarios alimentarios establecidos, consumen alimentos altos en

grasa con el afán de comer, lo que más rápido se tenga a la mano, se obvian tratamientos farmacológicos importantes para tratar afecciones como la Diabetes Mellitus, evita realizarse ejercicio físico, ya que muchas personas en su día libre prefieren descansar antes que salir a correr, por ejemplo, entre otras acciones.

Lo anterior destaca la necesidad de que tiene la población por cuidar de una forma precisa su estado de salud, ya que estas actividades podrían acarrear un perjuicio al favorecer que los individuos diabéticos deterioren su salud, cuando lo más adecuado es se alimenten correctamente, realicen actividad física, acudan al centro médico como medio de control de su enfermedad y que ingieran el tratamiento farmacológico indicado, todo esto como parte del cuidado de la salud.

El déficit que muchas personas tienen sobre el cuidado que tienen a su enfermedad, podría provocar un desmejoramiento continuo de su salud y, con esto, producir una muerte prematura, por el hecho de no mantener una vigilancia adecuada en la Diabetes Mellitus.

En el ámbito de la salud es trascendente conocer las causas del porqué las personas tienen hábitos repetitivos que desmejoran considerablemente su salud.

c. Delimitación del problema

Según información suministrada por el área de salud de La Unión, en el año 2016, se reportan un total de 576 pacientes diabéticos en esta zona. Por lo que en la realización de esta investigación se tomara en cuenta una muestra de 121 personas con dicho padecimiento, quienes serán tomados como sujetos de estudio.

Además, se tomarán en cuenta individuos de ambos sexos, quienes cuenten con Diabetes Mellitus como condición de salud, ellos deben encontrarse dentro del rango de edad entre los 20 – 80 años y que residan en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago.

El estudio abarca durante enero a febrero del 2017, y se lleva a cabo en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago.

d. Justificación de la investigación

Este tema será abordado para determinar los factores personales que intervienen en el cuidado de la salud en la población diabética, para detectar estos patrones a tiempo y evitar el desarrollo de complicaciones asociadas a este trastorno. Conjuntamente, requiere conocerse si los individuos con esta condición realizan un adecuado proceso de la triada para el tratamiento de la Diabetes Mellitus, alimentación adecuada, actividad física e ingesta del tratamiento farmacológico indicado.

Dado que la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en la población mundial y el número de personas que son diagnosticadas diariamente van en aumento día a día, así como sus defunciones por complicaciones asociadas, es trascendental que la población quien padece esta patología esté enterada sobre los factores personales que influyen en el cuidado de la salud y, con esto, concienciar sobre el cuidado que deben seguir para tratar su enfermedad.

A pesar de que esta enfermedad fue descubierta y estudiada hace muchos años por diversos científicos, actualmente existen muchas personas quienes padecen Diabetes Mellitus que desconocen de qué manera deben cuidar su salud, por lo que consumen grandes cantidades de carbohidratos diariamente, no realizan ejercicio e inclusive no toman su medicamento como se

les indica por falta de conocimiento sobre la misma, o porque piensan que es una patología intrascendente; por lo tanto, no miden el nivel de malignidad que pueden provocar en su cuerpo si no desarrollan un adecuado cuidado para su salud.

De igual forma, existen diversos factores personales que interfieren para que estas personas puedan mantener un apropiado manejo de esta enfermedad. Por eso, conocer los determinantes en que está inmerso el individuo, como el ámbito sociodemográfico, cultural y educacional es significativo para detectar cuáles patrones pueden ser cambiados y, con esto, mejorar la condición de vida de quien lo padece.

Para la carrera de enfermería estudiar sobre la Diabetes Mellitus es relevante, ya que es una de las enfermedades más comunes en la población, por lo que colaboraría al conocer cuáles son los modelos que siguen estas personas para cuidar su salud y, con esto, podrían realizarse cambios en estos mediante la mejora en la educación que se imparte en estos usuarios, ya sea en alimentación, actividad física o en la toma del tratamiento farmacológico,

Por otro lado, enfermería debe velar porque el individuo con esta patología tenga claro cuáles son los cuidados necesarios para sobrellevar una adecuada calidad de vida, por lo que debe detectar a tiempo si existe algún factor personal que pueda perjudicar un correcto cuidado para tratar la Diabetes Mellitus, con esto podrían evitarse diferentes complicaciones que pueden llevar a una muerte prematura.

En el ámbito de la salud es trascendente conocer las causas del por qué las personas tienen hábitos repetitivos que desmejoran considerablemente su salud.

El desarrollo de esta investigación conlleva a que los profesionales de enfermería posean un mayor conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, conocer más a fondo cuales son los factores

que intervienen para que estas personas no cuiden adecuadamente su salud y estar al tanto si se cumple la triada del tratamiento para esta condición.

Las personas que se verán beneficiadas durante esta indagación serán todas aquellas quienes presenten como condición de salud Diabetes Mellitus, sus familiares, profesiones de salud, así como estudiantes de carreras asociadas a las ciencias médicas. La finalización de esta pesquisa pretende que estos logren ampliar su conocimiento sobre esta patología mediante las conclusiones que se obtengan a raíz de esta.

Siendo la Diabetes Mellitus una enfermedad de salud pública, que produce múltiples complicaciones en quien la padece e inclusive induce a una muerte prematura, resulta significativo seguir en el camino de la investigación sobre este tema.

Resulta inverosímil que siendo un asunto tan estudiado en cuanto a los factores que producen la enfermedad y las graves complicaciones que se asocian a ella, aún las personas creen que es una enfermedad que no merece la atención que realmente requiere.

Sin embargo, algunos individuos afectados por esta patología, en ocasiones, no poseen los medios adecuados para cuidar su salud, por lo que es trascendente contemplar desde las primeras etapas los factores que provocan una deficiencia en cuanto a esto, iniciando desde el nivel de escolaridad de estos, estrato social, solvencia económica, apoyo familiar, entre otros. Esto con el fin de buscar una solución a largo plazo, en cuanto sean causas que puedan cambiar.

La salud es un elemento primordial que debe reinar en el desarrollo de la vida humana, y debe recordarse que no solamente es la ausencia de la enfermedad, como lo menciona la

Organización Mundial de la Salud, sino que va mucho más allá de eso, se habla de un completo bienestar físico, mental y social.

Ligado a lo anterior, se entiende que la enfermedad produce un deterioro en la salud, pero si se toman las medidas e indicaciones necesarias para sobrellevar una buena calidad de vida cuando esta aparece, podría alargarse un poco más la esperanza de vida y, con esto, lograr un estado físico, mental y social equilibrado.

Si es que cuidar el estado de salud de esta población es primordial, evitando complicaciones que pueden infringir contra la vida, y a largo plazo provocar un cambio significativo, para que estos individuos logren practicar y desarrollar la triada de tratamiento para esta condición.

Las personas, en la actualidad, conducen un ritmo de vida muy acelerado y con grandes cantidades de estrés en sus hombros, todo esto repercute negativamente en su diario vivir. Dado que no se mantienen horarios alimentarios establecidos, consumen alimentos altos en grasa con el afán de comer lo que más rápido se tenga a la mano, se obvian tratamientos farmacológicos importantes para tratar afecciones como la Diabetes Mellitus, evita realizarse ejercicio físico, ya que muchas personas en su día libre prefieren descansar antes que salir a correr, por ejemplo, entre otras acciones.

Lo anterior destaca la necesidad que tiene la población por cuidar de una forma precisa su estado de salud, ya que estas actividades podrían acarrear un perjuicio al favorecer que los individuos diabéticos deterioren su salud, cuando lo más adecuado es que se alimenten correctamente, realicen actividad física, acudan al centro médico como medio de control de su enfermedad y que ingieran el tratamiento farmacológico indicado, todo esto como parte del cuidado de la salud.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Cuáles son los factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017?

1.3 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar los factores personales en la población diabética de 20 a 80 años, que influyen en el cuidado de la salud, en el distrito de Tres Ríos, cantón de La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.

1.3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar los factores personales que posee la población diabética de 20 a 80 años de edad, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017
- Describir los ámbitos sociodemográficos, culturales y educacionales de las personas diabéticas dentro del rango de edad entre 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.
- Señalar la alimentación, actividad física y tratamiento para el cuidado de la salud, de la población diabética de 20 a 80 años de edad, en distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.

•—

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances

- Es el primer estudio sobre factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética que se realiza en la localidad de Tres Ríos, cantón La Unión.
- Provee interés en la población de 20 a 80 años sobre el adecuado tratamiento y cuidado que se debe llevar al tener Diabetes Mellitus.
- Permite conocer los factores personales que intervienen para que la población diabética cuide su salud.
- Logra despertar el interés en la población diabética sobre la triada del tratamiento para la Diabetes Mellitus.
- Reconoce la necesidad que existen en seguir la triada del tratamiento en la población diabética.
- Identificar el estilo de vida que llevan las personas con diabetes en esta localidad.

1.4.2 Limitaciones

- Falta de colaboración por parte de la población diabética, dificultando la aplicación del cuestionario a estos individuos.
- Desconfianza en el momento de brindar la información por parte de la población diabética.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

a. Recapitulación acerca del desarrollo del problema a nivel mundial

La Diabetes Mellitus es una enfermedad antigua que se cree nació antes de la era cristiana. Sin embargo, 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 a la eliminación exagerada de agua por el riñón, siendo este el signo característico de esta patología (13).

En los siglos posteriores no se intentó investigar más sobre la enfermedad, pero, en 1679, Tomás Willis brindó 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) (13).

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 descubrimiento (13), pero este 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 (14).

En general, el cuidado de la salud se orienta en tres pilares fundamentales, se describe el ejercicio físico, alimentación adecuada y tratamiento farmacológico cuando ya se padece la enfermedad. Dado esto, para detallar el cuidado que debían seguir las personas con Diabetes Mellitus se descubrió en la segunda mitad del siglo XIX, por el gran clínico francés

Bouchardat 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 (15).

En 1798, John Rollo realizó amplias investigaciones para conocer si la alimentación de las personas influía en la elevación de la glucosa en sangre, y descubrió que así era, por lo que estableció las cantidades y el tipo de alimento por ingerir diariamente, como tratamiento dietético en los pacientes diabéticos (14). El mismo Rollo consiguió mejorarlas con un régimen rico en proteínas y grasas, limitado en hidratos de carbono. Por otro lado, Bouchardat, Cantani, Naunyn y Allen propusieron un esquema dietético como tratamiento para los pacientes diabéticos. Con Allen estos tratamientos comenzaron a tener una base científica (15) .

Mientras, como parte del tratamiento farmacológico que debían seguir estas personas, Sterne y Azarad se dedicaron a estudiar la metformina, y el doctor Rossend Carrasco en 1922 en España trata a un paciente de 20 años con insulina como tratamiento, siendo este paciente el primer diabético al que se le suministro insulina en toda Europa (14).

A pesar de conocer el origen y el tratamiento para la Diabetes Mellitus, actualmente es una enfermedad catalogada como un problema de salud a nivel mundial, dados los altos índices de personas que la padecen, y su alta mortalidad asociada a complicaciones.

Según datos suministrados por la OMS, a nivel mundial para el año 2014 existía un total de 422 millones de personas con diabetes. Se estima que en el año 2012 murieron alrededor de 1.5 millones de individuos y otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la

hiperglicemia (16). Por otro lado, esta misma organización menciona que la Diabetes Mellitus será la séptima causa de muerte para el año 2030.

De igual forma, la Federación Internacional de Diabetes menciona que para el año 2015 unos 415 millones de personas padecen de diabetes a nivel mundial, siendo 215,2 millones hombres y 199,5 millones mujeres. Se cree que para el 2040 sean unos 642 millones quienes desarrollen esta patología. Para este mismo año, unos 5 millones de personas con Diabetes murieron por esta misma causa (17).

A nivel de Sur América y América Central para el año 2015 hubo 29,6 millones de personas con Diabetes Mellitus para estas regiones. Para ese mismo año, uno de cada 11 adultos padece esta enfermedad, pero se estima que para el 2040 uno de cada 10 adultos lleguen a desarrollar diabetes (17).

Según los datos epidemiológicos anteriores, se resalta una vez más, que la Diabetes Mellitus sigue siendo una enfermedad que se mantiene y avanza, a pesar de los esfuerzos que realizan diferentes organizaciones, como lo menciona Mora-Morales E. (18):

“A pesar de los esfuerzos de los servicios de salud de los países y las organizaciones antidiabéticas nacionales y regionales que la combaten, apoyadas y dirigidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas (ONU), trabajando de manera coordinada con la Federación Internacional de Diabetes (FID), que reúne todas las asociaciones nacionales y regionales en la materia, y es el faro de luz que orienta esta lucha, que parece no tener fin.”.

Además, estas organizaciones encargadas de regular esta enfermedad a nivel mundial, mencionan que es una carga económica muy alta para el mundo; sin embargo, los países más pobres son los que se ven más afectados, y donde se encuentran mayormente personas con esta patología.

La diabetes es una de las cuatro principales enfermedades no transmisibles (ENT) mencionadas por la OMS y la OPS, por esto, cabe mencionar que dichas organizaciones mediaron un plan de acción para el periodo 2013-2019, para contrarrestar los efectos de las enfermedades no transmisibles en el mundo, por esto, crean la Estrategia para la prevención y el control de las ENT durante los años 2012-2025, en donde pretende imponerse acciones para la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), y los Estados Miembros en relación con las enfermedades no transmisibles, y siguiendo la cronología del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (19).

Según se menciona en el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 (19), la meta de la estrategia antes mencionada, es reducir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades no transmisibles, reduciendo al máximo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica que estas patologías producen a nivel mundial. Para lograr estos objetivos, se plantean cuatro líneas estratégicas, estando las mismas en consonancia con los 25 indicadores y las 9 metas que figuran en el marco mundial de vigilancia integral de la OMS.

Dentro de las cuatro líneas de acción que se plantearon para lograr las metas antes mencionadas pueden mencionar (19):

- Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT: Pretenden fortalecer y promover las medidas multisectoriales con todos los sectores pertenecientes

del gobierno y la sociedad, incluida la integración en las agendas económicas, académicas y de desarrollo.

- Factores de riesgo y factores protectores de las ENT: Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.
- Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo: Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ENT principales y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado.
- Vigilancia e investigación de las ENT: Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.

En miras de verificar si estas líneas estrategias surgen efecto, pretende realizarse una evaluación a finales del 2020, esto, para detectar los puntos fuertes y los débiles de la implementación general, los factores relacionados con el éxito, los fracasos y futuras acciones por implementar.

Cabe mencionar, que en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 (20) se indica:

“Tiene por objeto reducir el número de muertes prematuras por ENT en un 25% a más tardar en 2025 mediante nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Las nueve metas tratan la cuestión en parte al abordar factores como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, las dietas malsanas y la inactividad física, que incrementan el riesgo de contraer esas enfermedades”.

Dando a conocer más detalles sobre lo que estas importantes organizaciones está realizando para mejorar la salud de la población mundial.

b. Recapitulación acerca del desarrollo del problema a nivel nacional

El perfil epidemiológico de Costa Rica ha variado en los últimos 50 años, donde las enfermedades crónicas son las más prevalentes, dentro de ellas la Diabetes Mellitus, siendo importante en términos de morbilidad, y de mortalidad (21).

El desarrollo de Diabetes Mellitus en individuos costarricenses es de rápido avance, ya que el pueblo costarricense es identificado por mantener un envejecimiento rápido de su población, además presenta altos índices de obesidad.

En el año 1941 se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), un sistema de salud modélico, que para Cedeño M., Alfaro L., y Sánchez I. (21), en el año 1998 cubría al 95% de la población, atendía a 66 000 personas con diabetes en tratamiento, con hipoglucemiantes orales e insulina. Recalcando que un porcentaje importante de la población diabética no está en control, o desconoce que padece la enfermedad.

Con la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral en salud (E.B.A.I.S.) este sistema cubre al 100% de la población; además, la prevención de la diabetes cae sobre ellos, al brindar

tratamiento no complejo, y sin complicaciones a individuos con esta patología, además de proporcionar medidas de prevención y promoción de la salud a estas personas (22).

En Costa Rica, según datos suministrados por el Ministerio de Salud la prevalencia de Diabetes Mellitus para el año 2010 fue de 1,3%, y en población diagnosticada fue de un 9,5%, lo que da como resultado una prevalencia nacional de 10,8%, es decir, unas 450 mil personas padecen esta patología. Siendo más común que se presente en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%) (23).

Para el año 2012, la tasa de mortalidad a causa de la Diabetes Mellitus fue de 11 personas por cada 100 000 habitantes, es decir, un total de 661 muertes. La mortalidad en edades más tempranas es más elevada en el sexo masculino, entre los 50-69 años de edad, y se equiparan a partir de los 70 años. De igual forma, la mortalidad parece ser mayor para el sexo femenino (23).

Por otro lado, se reporta que del año 2010 al 2014, la diabetes incremento en unos dos puntos porcentuales, lo que indicaría que existen cerca de 60 mil diabéticos más en el territorio nacional. Además, se estima que de cada diez diabéticos que se sitúan en el país, dos de ellos no saben que padecen la enfermedad, por lo que la prevalencia por cada 100 habitantes mayores de 20 años pasó de 10,8% en el 2010 a 12,8% en el 2014 (24).

Con respecto a los datos mencionados anteriormente, en la Memoria Institucional del Ministerio de Salud (25) se menciona, que el aumento de dos puntos entre 2010 y 2014, fue más importante para el sexo femenino, en donde representó 3 puntos porcentuales, llegando casi a un 15%, dándose la elevación para casos de diabetes diagnosticada, como no diagnosticada.

De igual forma, la incidencia acumulada de mortalidad para la Diabetes Mellitus en el año 2014 fue de 13.4, mientras que para el año 2015 se registró un aumento, dando como resultado una incidencia acumulada de 15.0 por cada 100 000 habitantes.

Por otro lado, la diabetes no diagnosticada representa un reto para el sistema de captación de casos nuevos de Diabetes Mellitus, por lo que, sería eficaz lograr la caracterización geográfica, de donde se encuentra el porcentaje de mayor casos, para reforzar o replantear las estrategias de tamizaje (25).

En la Memoria Institucional del Ministerio de Salud (25) se menciona:

“Para lograr una pendiente en declive a corto plazo se hace necesario el reforzamiento de esta temática en primera instancia de las estrategias de atención y prevención secundaria y terciaria en los servicios de salud, y para el mediano y largo plazo, promover la prevención primaria y la promoción de la salud como estrategia real de acción en los diferentes contextos, donde se hace sumamente necesario habilitar el acceso sostenible a estilos de vida saludable, principalmente para las poblaciones que tienden o están en riesgo social”.

Reforzando una vez más que las enfermedades no trasmisibles pueden ser evitables, y diagnosticadas a tiempo si desde sus inicios se previene el inicio de estas enfermedades detectando factores de riesgo, además de evitar complicaciones y muerte prematura con un tratamiento oportuno.

La doctora María del Rocío Sáenz Madrigal, quien fue presidenta ejecutiva de la C.C.S.S. (Caja Costarricense de Seguro Social) durante mayo del 2014 a junio 2017, menciona en un comunicado emitido en Guanacaste, “...la meta institucional es detectar tempranamente a las

personas diabéticas, que estén bien vigiladas de manera que tengan bajo control su nivel de azúcar en sangre para reducir todas las complicaciones que esta enfermedad produce en los diferentes órganos: corazón, riñones, ojos, extremidades inferiores, vasculares y cerebrales”, dando a conocer los riesgos premonitorios que presenta la Diabetes Mellitus, ya que, en esta región, es donde se mantiene la mortalidad prematura más elevada por esta causa, especialmente en Cañas, Liberia, Abangares, Santa Cruz, Nicoya, Carrillo y Bagaces (24).

Además de Guanacaste, existen otras zonas del país, quienes presentan tasas de mortalidad elevadas por Diabetes Mellitus, como lo son: San José, Alajuela, Desamparados, Puntarenas, Limón, Cartago, Pérez Zeledón, Heredia, Pococci, Grecia, Tibás, Santa Cruz y Nicoya (26).

En cuanto al promedio de años que se pierde, por la diabetes, la licenciada Jacqueline Castillo Rivas, especialista en estadística de la Dirección Actuarial de la C.C.S.S., menciona que las mujeres pierden en forma prematura por causa 13,4 años de vida, mientras que los hombres 10,4 años, detallando que el sexo femenino es quien pierde mayor cantidad de años por esta causa. De igual forma menciona, que en el año 2013 fallecieron dos personas al día causada por esta enfermedad (26).

Se estima que el 20% la población costarricense mayor de 65 años es portadora de Diabetes Mellitus, y se atribuye que cerca del 50% de las amputaciones que se realizan en los centros médicos de la CCSS, son debidos a esta causa.

En el área de Estadística de Salud de la C.C.S.S. mencionan: “...*la diabetes es una enfermedad crónica que está afectando considerablemente a la población costarricense, al punto que genera diariamente 1 215 consultas, 104 atenciones de pacientes por complicaciones en los servicios de emergencia, 10 egresos, una amputación y una persona*

fallecida en los distintos centros de salud” (27), enfatizando la problemática en que se encuentra sumido el país con respecto a este mal, además de la gran carga económica que se generan las complicaciones asociadas para el país.

Por otro lado, la Dirección de Calificación de la Invalidez menciona que en el 2011, la diabetes ocupaba la octava posición como causa de invalidez, pero en el 2015 esta patología subió dos escalones, ubicándose en la sexta posición (28). Durante este periodo se evaluaron 183 casos relacionados con este padecimiento, representando el 7,43% del total de declaratorias de invalidez.

A pesar de los esfuerzos del país por mantener a esta enfermedad bajo control, la Diabetes Mellitus sigue siendo la séptima causa de muerte a nivel nacional. Además, es una patología que adicionalmente es un factor de riesgo para anomalías cardiovasculares, que constituyen a la primera causa de muerte en Costa Rica.

2.2 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

La Diabetes Mellitus se considera como un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, por lo que es relevante que se conozca más a fondo sobre los factores personales que influyen en el cuidado de la salud para esta población y, con esto, detectar que prácticas podrían generarse para mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones en esta población.

Por esto, para entender esta patología es necesario indagar internamente el origen de las enfermedades no transmisibles, así como de la Diabetes Mellitus, por lo que se detallará la anatomía y fisiología del páncreas, así como la forma en que este órgano altera su funcionamiento para el desarrollo de esta.

2.2.1 Enfermedades no transmisibles

La OMS describe a las enfermedades no trasmisibles (ENT) o crónicas, como aquellas que no se trasmiten de persona a persona; sin embargo, son de larga duración y, por lo general, evolucionan lentamente. Dentro de las principales cuatro enfermedades no transmisibles que padece la población en general se encuentran: las enfermedades cardiovasculares (ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (20).

Las enfermedades no trasmisibles son consideradas como un problema de salud pública, como lo menciona Córdova-Villalobos, indicando que las ENT son consideradas como uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial, por el gran número de casos, su creciente contribución a la mortalidad general, y es la causa más frecuente de incapacidad prematura, además de la complejidad y el elevado costo para su tratamiento.

Por otro lado, se considera que su emergencia como problema de salud pública se debe a los cambios sociales económicos que modificaron el estilo de vida de gran porcentaje de la población que las padece (29).

Estas ENT, en su mayoría, afectan a individuos de edad avanzada, como lo menciona la OMS (20): *“...la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no trasmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; y el 82% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos”*, sin embargo, las enfermedades no trasmisibles pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en cualquier región del mundo.

Cabe recalcar, que las ENT son prevenibles en gran medida, mediante diversas intervenciones que aborden los factores de riesgo más comunes, como lo son el consumo de tabaco, dieta inadecuada, inactividad física, y el uso nocivo del alcohol. Además, las mejoras que puedan brindar en cuanto al tratamiento de estas enfermedades, pueden reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, y, de esta forma, contribuir al mejoramiento de los resultados de los servicios de salud.

En relación con los esfuerzos que ha realizado la OMS para controlar estas enfermedades, se menciona que bajo la dirección de esta entidad en el 2011 se encontraban más de 190 países, lo cuales refrenaron mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de las ENT.

Se menciona, principalmente, el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020, donde se tiene como objetivo reducir el número de muertes prematuras por ENT en un 25% a más tardar del 2025, mediante nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Dentro de esas metas se encuentra, abordar factores como el consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, dietas malsanas, y la inactividad física, tales acciones consideradas factores predisponentes para adquirir estas enfermedades (20).

La Organización Panamericana de la Salud (30) menciona: *“El modelo de atención de salud actual no ha resultado eficaz para la prevención y el tratamiento de las afecciones crónicas. Los programas exitosos contra las enfermedades crónicas requieren un abordaje intersectorial y una reorientación del sistema de atención de salud”*. Por eso, la OPS indica que es necesario mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el acceso a los medicamentos esenciales, además de tener equipos de salud multidisciplinarios con la combinación apropiada de aptitudes para la prestación de servicios.

Debe focalizar en la calidad de atención para reducir las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales y para mejorar la protección social de la salud, en particular entre las poblaciones vulnerables (20).

2.2.2 Anatomía y fisiología del páncreas

Como lo menciona Saladin K.(31), el páncreas es una glándula retroperitoneal esponjosa posterior que se encuentra en la curvatura mayor del estómago. Sus medidas oscilan entre los 12 a 15 cm de largo y casi 2,5 cm de grueso. Tiene una cabeza en forma de globo rodeada por el duodeno, una porción media a la que se denomina cuerpo y una punta como cola que se afila a la izquierda.

El páncreas tiene una superficie de textura grumosa y nodular, está rodeado por una fina cápsula de tejido conjuntivo transparente. Los lobulillos pancreáticos, los vasos sanguíneos asociados y los conductos excretores pueden apreciarse por medio de la cápsula anterior y de la capa subyacente de peritoneo (32).

Este órgano es considerado como una glándula endocrina, ya que está constituida por los islotes pancreáticos que secretan insulina, así como glucagón, y aproximadamente el 99% del páncreas es tejido exocrino, porque secreta de 1 200 a 1 500 ml de jugo pancreático al día (31).

El jugo pancreático segregado es una mezcla alcalina de agua, enzimas, zimógenos (tipsinógeno, quimotripsinógeno y procarboxipeptidasa), bicarbonato de sodio y otros electrólitos. Los ácidos secretan enzimas y los zimógenos, mientras que los conductos secretan el bicarbonato de sodio. Este bicarbonato amortigua el HCl que llega del estómago (31).

En el cuerpo y cola del páncreas se sitúan los islotes pancreáticos o mejor conocidos como los islotes de Langerhans, quienes cumplen la función endocrina de dicho órgano. Posiblemente, estas estructuras sean las glándulas endocrinas mejor escondidas del sistema.

Por otro lado, Marieb E. (33) menciona que: "...hay más de un millón de islotes, separados por las células exocrinas, cada uno de estos pequeños grupos de células crea energéticamente sus hormonas y trabaja como un órgano dentro de un órgano", aludiendo la importancia que tiene este órgano en la producción de hormonas para el funcionamiento del organismo.

Además, dentro de las hormonas más importantes que producen los islotes de Langerhans se encuentran la insulina y el glucagón, quienes actúan como sensores de combustible administrándose adecuadamente durante los estados de alimento y ayuno. Específicamente, la insulina se encarga de disminuir la glucosa en sangre y de almacenar energía en forma de glucógeno y grasa. Mientras que el glucagón tiene efectos antagónicos que aumentan la concentración de glucosa (34)

Esencialmente, dentro de los islotes pancreáticos se encuentran las células α (alfa) quienes fabrican glucagón y las células β (beta) encargadas de producir insulina. Del mismo modo, existen dos veces más células beta en cada islote que células alfa.

Por lo tanto, cuando en el organismo se concentran grandes cantidades de glucosa se estimula la liberación de insulina por medio de las células beta, mientras que las células alfa se estimulan por medio de bajos niveles de azúcar en sangre. Ahora bien, podría decirse que la insulina posee efectos hipoglucemiantes, y la acción del glucagón es hipoglucemiante.

Después de consumir alimentos indispensables durante los tiempos de comida reglamentados, pueden adquirirse grandes cantidades de carbohidratos o de bebidas azucaradas, lo que

incrementa la concentración plasmática de glucosa en el organismo, por esto, la insulina tiene un papel indispensable al disminuir estos niveles y regular su funcionamiento.

Con referencia a lo anterior, Fox S. (34) menciona la forma en que actúa la insulina en el cuerpo humano:

“Este aumento de la glucosa en el plasma estimula las células β de los islotes para que incrementen su secreción de insulina. La insulina a continuación se une a sus receptores en la membrana plasmática de sus células blanco y, por medio de la acción de moléculas emisoras de señales, hace que las vesículas intracelulares que contienen proteínas transportadoras GLUT4 se transloquen hacia la membrana plasmática. Estas proteínas transportadoras promueven la difusión facilitada de glucosa hacia las células de los órganos blanco de la insulina - principalmente los músculos esqueléticos, el hígado y el tejido adiposo”.

De igual forma, la insulina estimula de modo indirecto la actividad del glucógeno sintetasa en los músculos esqueléticos y el hígado, lo cual promueve la conversión de glucosa intracelular hacia glucógenos para almacenamiento. Por esto, la insulina hace que la glucosa abandone el plasma y entre a las células blanco, donde se convierte en moléculas de glucógeno y grasa que almacenan energía (34).

Estimulan la gluconeogénesis para ayudar a incrementar la concentración plasmática de glucosa durante estos periodos de ayuno.

En relación con lo anterior, es necesario señalar que los parámetros establecidos de glucosa en sangre oscilan entre los 80 – 120 mg/dl (33), cuando estos parámetros incrementan sus valores

se podría concebir la idea de un desequilibrio homeostático llamado Diabetes Mellitus, del cual se hablara a continuación.

2.2.3 Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades no trasmisibles que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial de todas las edades, siendo considera un problema de salud pública para muchas de las regiones de América Latina. Por esto, su detección y tratamiento oportuno ofrece una mejor calidad de vida para quien la padece.

a. Definición

En forma de establecer definiciones, se entiende *Diabetes* como una palabra griega que significa “sifón”, refiriéndose al aumento de la producción de orina. Y *Mellitus*, que deriva de una palabra latina que significa “dulce” (35). En sí, ambas palabras juntas la identifican como la enfermedad de la orina dulce.

La OMS define a la Diabetes Mellitus como “...una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre” (16).

La Federación Internacional de la Diabetes (F.I.D) menciona que una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que queda circulando en la sangre, produciendo altos niveles de glucosa en sangre, conocido como hiperglicemia, y esto con el tiempo produce un daño significativo en los tejidos del cuerpo. Llegando en ocasiones a un deterioro de salud potencialmente letal para la persona que lo padece (36).

La diabetes al producir insuficiente insulina o no producirla, se va a clasificar en tres tipos, se habla de Diabetes Mellitus tipo I, tipo II y Diabetes Mellitus gestacional (DMG) (36), cada una de ellas se manifiesta de forma distinta, así como su tratamiento, dependiendo del tipo que la persona posea así será el mismo.

Para obtener un tratamiento eficaz y retrasar futuras complicaciones sobre esta enfermedad debe llevarse una dieta adecuada, actividad física constante, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones (16).

b. Clasificación y sintomatología

En este apartado se mencionará la clasificación y los síntomas que acompañan a la Diabetes Mellitus, mencionados por la Federación Internacional de Diabetes (36).

- **Diabetes Mellitus tipo I**

En este tipo de diabetes el cuerpo humano deja de producir la insulina que este necesita, porque el mismo cuerpo destruye las células productoras de insulina que se encuentran en el páncreas. Por esto, las personas que la padecen requieren de la administración diaria de inyecciones de insulina para controlar los niveles de glucosa en sangre. Por otro lado, este se presenta con mayor frecuencia en niños o adultos jóvenes.

Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son sed anormal o sequedad en la boca, micción frecuente, cansancio extremo o falta de energía, apetito constante, pérdida de peso repentino, lentitud en la curación de heridas, infecciones recurrentes y visión borrosa.

- **Diabetes Mellitus tipo II**

Este es el tipo más común de diabetes. En este caso, el páncreas puede producir insulina; sin embargo, no la necesaria, provocando una acumulación de glucosa en sangre. Suele presentarse en adultos; no obstante, cada vez son más niños y adolescentes quienes la padecen.

Para esta clasificación es complicado detectar los síntomas, ya que estos podrían tardar mucho tiempo en aparecer, o son difíciles de reconocer, por esto, son detectables en la mayoría de los casos cuando alguna complicación empieza a afectar a la persona que la padece.

Dentro de los síntomas que acompañan a la Diabetes Mellitus tipo II se mencionan los mismos que en el tipo I, sin embargo, estos suelen ser menos intensos.

Para el desarrollo de este tipo existen varios factores de riesgo, algunos de ellos son la obesidad, mala nutrición, falta de actividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de diabetes, origen étnico, nutrición inadecuada durante el embarazo, entre otros.

- **Diabetes gestacional**

Este tipo de diabetes se diagnostica durante el proceso del embarazo, se desarrolla porque el organismo no puede producir ni utilizar suficiente insulina necesaria para la gestación.

Suelen manifestarse de igual forma que la diabetes tipo I y II.

c. Diagnóstico para detectar Diabetes Mellitus

Para LeMone P. y Burke K.(35), el diagnóstico de la Diabetes Mellitus puede realizarse con la detección selectiva, pueden utilizarse tres pruebas, dentro de ellas se encuentran:

1. Los síntomas de Diabetes más una concentración casual de glucemia plasmática (GP) >200 mg/dL. Entendiéndose por casual como aquella que se obtienen a cualquier hora del día sin tener en cuenta el tiempo desde la última comida.
2. Una glucosa plasmática en ayunas >126 mg/dL. Definiéndose el ayuno como ausencia de una ingesta calórica durante 8 horas.
3. Además, una glucosa plasmática a las 2 horas >200 mg/dL tras la realización de una prueba de tolerancia oral a la glucosa. Esta prueba debe realizarse con la administración de una carga de glucosa que contenga el equivalente de 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Por otro lado, se unen los criterios necesarios que se utilizaran para los niveles de la glucosa plasmática en ayunas (GPA):

1. Glucemia en ayunas normal= 100 mg/dL.
2. Alteración de la glucosa plasmática en ayunas (AGPA) >100 y <126 mg/dL.
3. El diagnóstico de la diabetes con >126 mg/dL.

En cuanto a la tolerancia oral de la glucosa se manejan los siguientes parámetros:

1. Tolerancia a la glucosa normal = 2h GP <140 mg/dL.
2. Trastorno de la tolerancia a la glucosa = 2h GP ≥ 140 y <200 mg/dL.
3. El diagnóstico de la diabetes será = GP a las 2h > 200 mg/dL.

Cabe recalcar que cualquiera de los métodos mencionados puede llevar a un diagnóstico certero, sin embargo, la GPA es la prueba de detección más recomendada para adultos no gestantes.

d. Tratamiento para la Diabetes Mellitus

Existe una gama de medicamentos especializados para controlar los niveles de glucosa en sangre. Por esto se detallarán los fármacos más utilizados según LeMone P y Burke K. (35):

- Insulina

Este tipo de medicamento es de elección cuando el usuario presenta Diabetes Mellitus tipo I, ya que ellos requieren una fuente exógena de insulina durante toda su vida para poder sobrevivir. La insulina no es en sí una cura para esta enfermedad, sino, más bien, es un medio para equilibrar la hiperglucemia, que se presenta cuando las células beta no pueden producir insulina.

El origen de los preparados de insulina deriva del páncreas de animales como el cerdo o son sintetizados en el laboratorio a partir de una alteración de la insulina de cerdo o por tecnología ADN recombinante, utilizando cepas de *E.coli* para dar lugar a la insulina humana biosintética.

Estos componentes de insulina están disponibles como preparados de acción rápida, acción corta, acción intermedia y de acción prolongada.

La administración de dicho fármaco puede realizarse por vía subcutánea o intravenosa, esto dependiendo de las necesidades de cada persona. Aunque existen estudios donde se comenta la introducción de la insulina por medio de aerosol nasal y vía oral; sin embargo, no se ha comprobado su eficacia.

- Agentes hipoglucemiantes

Estos agentes se utilizan para tratar la Diabetes Mellitus tipo II. Dicho tratamiento colabora al disminuir la glucemia al estimular o aumentar la secreción de insulina, evitando así la degradación de glucógeno a glucosa en el hígado, e incrementando la captación periférica de glucosa, haciendo que las células sean menos resistentes a la insulina.

Por otro lado, algunos hipoglucemiantes mantienen una glucemia baja inhibiendo la absorción de carbohidratos a nivel intestinal. Se habla de exenatida, fármaco no insulínico que se encuentra disponible en forma inyectable.

El objetivo del tratamiento con estos agentes es reducir la hemoglobina glucosilada y reducir la glucemia en ayunas y posprandial.

Dentro de los agentes hipoglucemiantes más utilizados se encuentra la glimepirida, repaglinida, metformina, acarbosa y nateglinida.

- Ácido acetilsalicílico

Generalmente, las personas quienes padecen de Diabetes Mellitus tienen más probabilidades de morir por una enfermedad cardiovascular, que una persona que no lo padece. Por esto, se recomienda la administración de una dosis diaria de ácido acetilsalicílico con cubierta entérica para reducir la aterosclerosis en los pacientes con enfermedad vascular o con factores de riesgo cardiovasculares aumentados.

- Nutrición

El objetivo principal del tratamiento para la Diabetes Mellitus es evitar la hiperglucemia, esto puede lograrse mediante la ingesta de los medicamentos indicados, insulina o

hipoglucemiantes orales, o por medio de la ingesta adecuada de nutrientes. Aunque cada persona tiene las mismas necesidades básicas en cuanto a nutrición, las personas con esta condición deben ingerir una dieta más estructurada.

Según American Diabetes Association (ADA), citado por LeMone P. y Burke K. (35), los objetivos del tratamiento dietético para adultos con diabetes, son los siguientes:

1. Mantener los niveles de glucemia tan próximos a la normalidad como sea posible, equilibrando la ingesta de alimentos con la insulina o el agente hipoglucemiante oral.
2. Lograr unos niveles óptimos de lípidos séricos.
3. Proporcionar las calorías adecuadas para mantener o alcanzar un peso razonable, y para recuperarse de la enfermedad catabólica.
4. Prevenir y tratar las complicaciones agudas de los pacientes con DM tratados con insulina, las enfermedades autolimitadas y los problemas relacionados con el ejercicio; o las complicaciones de la diabetes a largo plazo.
5. Mejorar la salud en general por medio de una nutrición óptima.

Para alcanzar los objetivos antes planteados, se recomienda ingerir cantidades establecidas de carbohidratos, lípidos, proteínas, fibra, sodio, edulcorantes y alcohol. Esto para contrarrestar el riesgo de inducir cuadros hiperglucémicos (35).

Dado a lo anterior, LeMone P. y Burke K. (35) mencionan las siguientes disposiciones alimentarias para la realización de una nutrición adecuada en una persona con Diabetes Mellitus:

- A. Consumir entre 45-65% de carbohidratos al día en la dieta diaria. Este grupo de nutrientes está constituido por alimentos vegetales (cereales, frutas, verduras), leche y algunos

productos lácteos. Sin embargo, estos también pueden dividirse en azúcares simples y carbohidratos complejos.

- B. La ingesta recomendada de proteínas es del 15 al 20%. Las fuentes de proteínas deben ser bajas en grasas, en grasas saturadas y en colesterol. Aunque esta cantidad de proteínas es mucho menor que la que consumen normalmente la mayoría de las personas, es la recomendada para ayudar a prevenir o retrasar la aparición de complicaciones renales.
- C. La cantidad de lípidos en la dieta debe ser con niveles bajos de grasas saturadas y colesterol. En cuanto a las grasas saturadas, estas no deben ser superiores al 10% del total de kilocalorías permitidas al día, con un aporte de colesterol en la dieta inferior a 300 mg por día.
- D. La fibra es útil para el tratamiento o la prevención del estreñimiento, y otros trastornos gastrointestinales, incluido el cáncer de colón. De igual forma, ayuda a proporcionar una sensación de plenitud, y grandes cantidades de fibra soluble pueden ser beneficiosas para reducir los lípidos séricos. Este componente soluble puede encontrarse en la avena, cebada y en algunas hortalizas y frutas. Mientras que la fibra insoluble se encuentra en el trigo, maíz, o igualmente en algunas hortalizas y frutas, como las zanahorias, berenjenas, peras, entre otros. Se recomienda una ingesta diaria de 20 a 35 g al día.
- E. Con respecto a la ingesta de sodio, se recomienda que personas con Diabetes Mellitus limiten su consumo, porque tienen mayor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial. Por lo tanto, se recomienda una ingesta diaria de 1 000 mg de sodio por cada 1 000 kcal ingeridas, y no debe ser superior a 3 000 mg.
- F. El plan dietético que se utiliza en personas con Diabetes Mellitus restringe la cantidad de azúcares refinados. Por esto, individuos con esta condición optan por la utilización de

edulcorantes no calóricos y alimentos o bebidas hechas con edulcorantes no calóricos. En esta clasificación se encuentra incluida la sacarina, aspartamo o el neotamo, la sucralosa y el acesulfamo potásico. Por otro lado, se encuentran los edulcorantes nutritivos, como la fructosa, sorbitol y el xilitol.

G. La ingesta de alcohol no es recomendada para ninguna persona; sin embargo, para aquellos quienes padecen de Diabetes Mellitus su consumo es limitado, ya que puede potenciar los efectos hipoglucemiantes de la insulina y de los fármacos antidiabéticos orales. Este consumo en hombres debe mantenerse en no más de dos bebidas alcohólicas, mientras que las mujeres no deben tomar más de una bebida al día.

e. Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Una persona con Diabetes Mellitus, independientemente del tipo, presenta mayor riesgo de complicaciones que afectan a muchos sistemas orgánicos diferentes. Por eso, Lerman I.(37) menciona las complicaciones más comunes en este tipo de paciente:

- **Cetoacidosis diabética**

Se refiere a una complicación aguda de la diabetes; este punto representa el estado final de una deficiencia casi absoluta de insulina, dando origen a hiperglucemia, cetonemia, acidosis, deficiencia de electrolitos y deshidratación. Generalmente, se presenta con mayor frecuencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo I.

- **Estado hiperosmolar no cetósico**

Este estado es caracterizado por una hiperglucemia grave, por lo general >600 mg/dl, donde a diferencia de la cetoacidosis, no hay acumulación de cetonas. Además, existe déficit de líquido importante con deshidratación, y la osmolaridad en suero está incrementada. En

ocasiones el paciente cursa con alteraciones neurológicas que pueden llevar hasta el coma. Por lo general, ocurre en individuos mayores de 50 años, con Diabetes Mellitus tipo II.

- **Hipoglucemia**

El término hipoglucemia se define como la disminución de la concentración de azúcar en sangre, y por tradición se considera que esta alteración en adultos se presenta con niveles por debajo de 50 a 60 mg/dl. Sin embargo, algunas personas presentan manifestaciones de hipoglucemia con cifras de glucosa sérica mayores de 60 a 70 mg/dl, mientras que otros permanecen asintomáticos con niveles menores de 40 a 50 mg/dl.

La hipoglucemia es la emergencia metabólica más frecuente en los pacientes diabéticos, sobre todo en aquellos de reciente diagnóstico y en los que utilizan insulina para su control.

- **Hipertensión arterial en diabetes**

La hipertensión arterial es una enfermedad muy frecuente que se presenta en conjunto con la Diabetes Mellitus. Ambas enfermedades o por separado aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, nefropatía y retinopatía. Cuando se habla de Diabetes tipo II e hipertensión, existe asociación con obesidad y resistencia a la insulina, por lo que su prevalencia está aumentando en todo el mundo. Debe resaltarse el impacto que tiene la hipertensión arterial, ya que es la principal causa de muerte en pacientes con Diabetes Mellitus.

El tratamiento para esta condición consiste en cambios de estilo de vida, generar conciencia de la importancia de alcanzar metas de control metabólico y de presión arterial y, finalmente, el tratamiento farmacológico racional.

- **Nefropatía diabética**

Es un síndrome caracterizado por albuminuria persistente (>300 mg/día) confirmada en menos de dos ocasiones con 3 a 6 meses de diferencia entre ambas determinaciones, una caída persistente de la tasa de filtración glomerular (TFG) y elevación de la presión arterial en la mayoría de los casos.

La neuropatía diabética es la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica terminal en todo el mundo, otorgándose el título de una de las complicaciones más graves de la Diabetes Mellitus en términos de morbilidad y mortalidad.

Detectar de forma inmediata es prevenir o retrasar el desarrollo de una nefropatía.

- **Cardiopatía isquémica aterosclerótica**

Esta es más común en el paciente diabético; se manifiesta en edades tempranas, avanza con mayor rapidez y afecta en forma muy similar a hombres y mujeres.

La secuencia que lleva a la oclusión arterial y las manifestaciones clínicas bien conocidas, como el infarto agudo al miocardio, los accidentes vasculares cerebrales o la gangrena de miembros inferiores, se inicia muchos años antes con la penetración de lípidos a la subíntima de los vasos arteriales, formando al final la denominada estría grasa.

- **Insuficiencia vascular periférica**

En los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I y II, en particular después de muchos años de evolución y con antecedentes de descontrol crónico y factores de riesgo cardiovascular asociado, es frecuente observar compromiso del flujo sanguíneo de las extremidades como consecuencia de la enfermedad arterial periférica (EAP).

La insuficiencia vascular periférica se puede manifestar con dolor isquémico típico de uno o más grupos musculares, dolor atípico o cursar sin ningún síntoma. Esta enfermedad con asociación con una úlcera del pie, incrementa el riesgo de mortalidad, y las úlceras en pacientes con pie diabético son una causa importante de morbilidad y mortalidad.

- **Neuropatía diabética**

La neuropatía periférica suele afectar a pacientes con Diabetes Mellitus, en especial a aquellos con una larga evolución de la enfermedad y descontrol metabólico crónico.

Es la afección metabólica más frecuente del nervio periférico; puede manifestarse con cambios sensoriales, motores y autonómicos.

- **Pie diabético**

Esta es una de las complicaciones incapacitantes de la Diabetes Mellitus, ya que en la mayoría de las ocasiones, el evento culmina en pérdida de la extremidad afectada. Este desenlace provoca una serie de limitaciones que tienen un grave impacto individual, familiar y social. A pesar de que existen varias medidas preventivas y de tratamiento oportuno, aún sigue siendo una complicación común para esta enfermedad, mostrando una fuerte asociación con la pobreza de la población.

- **Neuropatía**

La Diabetes Mellitus de larga duración puede resultar en afección del sistema nervioso, con daño de los nervios periféricos en extremidades, en órganos intestinales o alteración del sistema nervioso autónomo.

Esta complicación se presenta con más frecuencia en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I y su incidencia aumenta con la edad del paciente. De igual forma, su aparición se relaciona con un deficiente control glucémico y una mayor duración de la enfermedad y se asocia a una menor expectativa de vida.

- **Gastroenteropatía diabética**

La Diabetes Mellitus afecta la totalidad del tubo digestivo y se presenta con múltiples manifestaciones clínicas, por lo que esta complicación afecta de manera significativa el aparato digestivo.

Esta complicación incluye la disfunción motora esofágica, gastroparesia, síndrome de pseudoobstrucción intestinal crónica, diarrea, constipación e incontinencia fecal.

- **Neuropatía autonómica. Sistema genitourinario**

La forma de presentación más común de esta complicación, es la impotencia. Generalmente, los pacientes consultan por esta causa, y por lo cual se establece el diagnóstico de diabetes, que, en retrospectiva, tenía ya varios años de evolución.

Por otro lado, puede alterar la homeostasia funcional vesical. Existen varias clasificaciones, las cuales varían entre sí, por el criterio utilizado por cada una de ellas para dividir los problemas de almacenamiento o vaciamiento vesical. Ellas se clasifican según el tipo de disfunción (motora o sensorial), fase del ciclo miccional afectada (problema de almacenamiento o vaciamiento), nivel de la lesión neurológica (neurona motora superior o inferior), entre otros.

- **Problemas oculares**

Una de las más importantes por mencionar es la retinopatía diabética, siendo una causa importante de ceguera en esta población.

A pesar de que la Diabetes Mellitus es una enfermedad estudiada a profundidad, y tratable, la falta de adherencia al tratamiento y seguimiento del paciente con diabetes de larga evolución, atribuye a que los cambios iniciales en la retina no sean detectados de manera oportuna.

De igual forma, pacientes con Diabetes Mellitus pueden desarrollar una enfermedad ocular llamada glaucoma, la cual se define como el aumento de la presión a nivel ocular, esta puede manifestarse, según dos formas de glaucoma: primario de ángulo abierto y neovascular

- **Infecciones en el paciente diabético**

Los pacientes con Diabetes Mellitus son más susceptibles a presentar infecciones, por factores como la hiperglucemia y las alteraciones del Sistema inmunitario. Por esto, la OMS clasificó esta patología como una enfermedad que causa inmunodeficiencia secundaria.

Son más frecuentes las infecciones en las vías urinarias como cistitis, pielonefritis, absceso renal, candidiasis vulvovaginal, la tuberculosis pulmonar, infecciones en tejidos blandos, otitis externa maligna, entre otros.

- **Enfermedad periodontal**

Las infecciones periodontales (encías), incluyendo la gingivitis y periodontitis, son infecciones serias que sin ser tratadas pueden llevar a la pérdida de las piezas dentales. Por lo que esta enfermedad puede atacar a solo un diente o a varios.

Esta comienza cuando las bacterias en la placa dentobacteriana causan que la encía se inflame y afecte a los tejidos gingivales, al tejido conjuntivo periodontal y al hueso alveolar que soporta a los dientes.

2.2.4 Factores Personales

A grandes rasgos, los factores personales pueden tener un efecto en las personas que mantengan una condición de salud en específico, sobre su salud y sobre su estado de salud. Dado esto, se detallarán a continuación parámetros importantes por conocer sobre dichos componentes:

a. Definición

Según la Real Academia Española (38), un factor se define como: “...elemento o causa que actúan junto con otros”, mientras que se detalla personal como todo aquello “...perteneciente o relativo a una persona, propio o particular de ella”, es decir, un factor necesita de otros aspectos para poder generar un efecto, en este caso datos personales. Por lo que requiere de componentes propios de un individuo para provocar una reacción o detectar un comportamiento.

En sí, los factores personales están influenciados por otros agentes, por ejemplo, no se habla solo de edad, sexo, talla, peso, estrés, estilo de vida, entre otros, sino va más allá de eso. Existen diversas que mencionan a los factores personales como un conjunto de otros factores, tomando en cuenta el ámbito social, educativo y cultural como parte de ellos, dando una definición más amplia y no sesgándola solo a las características físicas de los individuos.

Por otro lado, Pérez R. (39) define a los factores personales como un trasfondo particular en la vida de las personas y específicamente de su estilo de vida. Es decir, depende de un conjunto

de actitudes que pueden o no cambiarse de forma consciente, por ejemplo, la dieta tiene que ver con el estilo de vida que lleven las personas, si se tiene una alimentación inadecuada, puede llegarse a producir diabetes, ya que se conoce como factor predisponente la alimentación inadecuada para desarrollar esta patología.

b. Tipos de factores personales

Los factores personales, es todo aquello propio de un individuo y que puede llegar a intervenir en la vida cotidiana de una persona, dentro de ellos se definen los siguientes (39):

- Antecedentes patológicos personales: Son un conjunto de enfermedades o patologías que una persona ha atravesado a lo largo de su vida, que son propias de él. Por ejemplo, hipertiroidismo o accidente cerebro vascular.
- Antecedentes patológicos familiares: Son todas aquellas enfermedades que han padecido o que se padecen dentro del núcleo familiar genético, y que tienen alto riesgo que sean transmitidas de generación en generación. Por ejemplo, la Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial.
- Estilo de vida: Son procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.
- Consumo de sustancia licitas: Son aquellas que no están penadas por la ley, es decir, son legales. Las más consuntas son: el tabaco, el alcohol y los fármacos.

c. Clasificación de factores personales

Pérez R. (39) menciona la siguiente clasificación para los factores personales que: "...pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, los estilos de vida, los hábitos, el

trasfondo social, la educación, la profesión, la cultura, las experiencias actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características”.

También se pueden categorizar en ámbitos biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales puede ser predictivos de cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (40).

Por lo tanto, no se habla solo de las características físicas del individuo, toman en cuenta muchos más factores para definirlo. Sin embargo, todas ellas en conjunto o individualmente pueden desempeñar un papel negativo o positivo en cuanto a salud se refiere.

Para el desarrollo de este trabajo, se extenderán a fondo los ámbitos sociodemográficos, educativos y culturales, ya que son de interés para los resultados que se pretenden lograr.

2.2.4.1 Factores sociodemográficos

Definición de factores sociodemográficos

Dentro de marco social, la Real Academia Española (38) define al ámbito social como todo aquello que es perteneciente o relativo a un sociedad, es decir, tiene que ver con las conductas que los seres humanos tienen dentro de una sociedad, sea lo que ellos aprenden de esta en específico o las acciones que pretenden realizar dentro de ella. Mientras que demografía indica todo aquel estudio estadístico perteneciente a la colectividad humana (41).

Un factor social, puede ser apreciado fácilmente cuando existe una relación entre dos cosas humanas, ya sean hechos sociales, procesos, estructuras, dinámicas, entre otros, y que estos pueden medirse y observarse desde afuera por una persona (42).

Detrás de la palabra factor social, se esconden otros términos compuestos por otros factores como lo son los orgánicos, psicológicos, biológicos, políticos, culturales, económicos, entre otros, todos estos se presentan de una u otra manera dentro de la realidad social (42).

Guzmán-Miranda O. y Caballero-Rodríguez C. (42) definen a los factores sociales como aquellos que en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre personas en las distintas áreas de manifestación social, como son las estructuras sociales, instituciones sociales como la familia, la escuela, el estado, la religión, la cultura, entre otros, los cuales son constituidos gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales.

Tipos de factores sociodemográficos

Como se menciona previamente, los factores sociodemográficos, están inmensos en un amplio número de características, por lo que Vidal Y. y Orellana M. (43) mencionan los siguientes:

- **Edad:** Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, hasta la actualidad. Este puede clasificarse por etapas como la prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y ancianidad.
- **Sexo:** Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.
- **Etnia:** Es una comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural, al igual que afinidades raciales. Dentro de los principales tipos de etnia se encuentran los caucásicos, africanos, asiáticos, indígenas, mestizos, mulatos, entre otros.

- Estado civil: Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación, y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado.
- Número de hijos: Cantidad de personas que han sido procreadas por un individuo, el número depende de los deseos de la persona por procrear o no.
- Lugar de residencia: Entendiéndose por el sitio donde un individuo habita definitivamente, sea una casa, habitación, o lugar en específico. Dependiendo del sitio donde sea alojado, este puede ser seguro o peligroso para él.
- Tipo de vivienda: Las viviendas son estructuras resistentes que protegen a las personas de las inclemencias atmosféricas y le brinda intimidad. Una vivienda es el refugio y el lugar de descanso de los seres humanos. En dado caso, existen viviendas de origen natural, aquellas que no han sido tocadas por el hombre, y las artificiales, definiéndose como las que son creadas por la mano del hombre. También, se toma en cuenta si la vivienda es propia, o si se paga mensualmente para residir en ella,
- Personas que conviven en la misma vivienda: Relacionándose a la cantidad de personas que convivan en un mismo lugar geográfico delimitado por una vivienda, dependiendo del estilo de vivienda que se tenga, deben ser las personas que convivan en ella.
- Acceso a servicios públicos: Los servicios públicos son los servicios prestados por el gobierno a sus ciudadanos, a través de las instituciones del estado. Dentro de los servicios públicos del estado se pueden mencionar: centros de salud, educación, acceso al agua, electricidad, gestión de residuos, también forman parte los bomberos, la policía, acceso al transporte público, entre otros.

- **Actividades laborales:** Se refiere a la labor de las personas, a su trabajo o actividad legal remunerada. El hombre para satisfacer sus necesidades debe buscar, emplear o crear actividades que permitan su supervivencia, al suplir las necesidades que se le presentan diariamente.
- **Remuneración laboral:** Conocido como salario, es la cantidad de dinero que recibe una persona al realizar alguna actividad. Esta remuneración va a depender de las tareas que realice y el puesto laboral que desempeñe. A mayor goce salarial, mejor puede ser las condiciones de vida de un individuo.

2.2.4.2 Factores educativos

Definición de factores educativos

Según Cunha, Heckman, Lochner y Masterov, citados por Backhoff E. et., el proceso de educación juega un papel trascendental en la vida de los individuos, ya que explica, en gran parte, las diferencias entre sus ingresos y es fundamental para el crecimiento económico de los países (44).

Dado lo anterior, el sistema educativo de un país tiene como propósito establecer en sus individuos habilidades, conocimientos y actitudes fundamentales para el desarrollo económico, así como reducir las diferencias en oportunidades y lograr una mayor movilidad social intergeneracional (44).

En el Panorama Social de América Latina, se insiste en que el factor educativo tiene una trascendencia primordial en cuanto a la reducción de la pobreza y la desigualdad se refiere, por esto, se menciona que "...la educación ejerce una importante influencia en el nivel de vida de las personas, no solo por su vinculación con la posterior inserción laboral, sino

también por sus consecuencias en ámbitos tan variados como la atención de la salud, el desarrollo de capital social y el fortalecimiento de los sistemas democráticos”(45).

En fin, The United Nations Office for Disaster Risk Recuction (UNISDR) define los factores educativos como “...comprende la relación que existe entre los contenidos y los métodos con los que se educan a las nuevas generaciones y su entorno natural, físico, económico, y social” (46), con esto es necesario que los programas educativos que se implantan sean adecuados a las necesidades de la población en la que se vayan a introducir,

Los factores educativos contienen una relevancia social, dado que permite que los individuos posean una mejor calidad de vida. Sin embargo, por factores de otra índole sean económicos, sociales o familiares existen personas que no logran alcanzar con éxito un desarrollo educacional, lo que conlleva a que se tengan dificultades al momento de conseguir un trabajo bien remunerado y que, con esto, se puedan sobrellevar las necesidades habituales.

Niveles educativos

Para los países en general que sus habitantes mantengan un máximo nivel educativo reduciría la carga económica que muchos individuos sobreponen sobre ellos. Por esto, a nivel mundial se invierte mucho en la educación de sus pobladores, y se proponen metas para erradicar el analfabetismo.

Los principales niveles educativos que todo individuo debe sobrellevar a lo largo de su vida según el Ministerio de Educación Pública (47) son preescolar, primero y segundo ciclo, tercer ciclo y educación diversificada, y educación técnica si se requiere. A continuación, se detallarán las cualidades de cada uno de ellos según estipulaciones de este ministerio:

- Preescolar: Comprende meramente los ciclos de materno infantil, donde se inscriben niños de cuatro y tres meses de edad, y el de transición donde se toman en cuenta niños de cinco años y tres meses hasta los de seis años y dos meses.
- Primero y segundo ciclo: Comprende toda la edad escolar del individuo, hasta sexto año de escuela, con una edad aproximada de 12 años.
- Tercer ciclo y educación diversificada: Se entiende el tercer ciclo como el inicio de la edad colegial hasta el tercer año de colegio, y la educación diversificada es desde el noveno año hasta alcanzar el bachillerato, es decir, quinto o sexto año colegial.
- Educación técnica: Es una herramienta que se ofrece para que las personas puedan incorporarse al ámbito laboral una vez que estos finalicen bachillerato. Se imparten tres modalidades, comercial y servicios, agropecuaria e industrial.

2.2.4.3 Factores culturales

En ocasiones, se menciona que la cultura puede afectar a nivel positivo como negativo la vida de las personas. Esto, porque existen diversas culturas que no permiten que sus individuos realicen ciertas actividades, que en situaciones extremas puede provocar un desmejoramiento en su salud o simplemente no permiten por sus creencias que sus integrantes cuiden su salud (48).

Sin embargo, existen culturas que permiten el continuo desarrollo de sus habitantes, en cuanto a salud y educación. Por lo tanto, no hay cultura mala ni cultura buena, es simplemente cuestión de cómo cada una de las personas vea las cosas.

Definición de la cultura en general

Existen diversas definiciones sobre lo que cultura significa, sin embargo, Tabloski P. menciona que la cultura son todos “...los pensamientos, comunicaciones, acciones, creencias, valores e instituciones de grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales” (48). Es decir, todo aquello en que una persona crea, que a lo largo del tiempo ha permanecido en su vida, y que en cuestión a los cambios se abstienen a ellos, mientras su cultura no los realice.

Se acota que la cultura es un fenómeno de carácter complejo, y que está relacionada con la vida en sociedad, puede tomarse como una dimensión analítica que se materializa en contextos y tiempos determinados por la misma cultura (49).

Creencias religiosas

De manera general, López J. y Suarez A. definen la religiosidad como “...manifestaciones de formas de ser, de estar y de expresar una vinculación con lo sagrado” (50), es decir, las personas mantienen una conexión sagrada con algo que los hace creer en sus manifestaciones.

Las enseñanzas religiosas sobre la salud que tenga una persona van a permitir mantener un sistema de prácticas y filosofía significativa que tienen valores, normas y éticas específicas. Por esto, la adherencia a un código de carácter religioso conduce a que el individuo manifieste armonía espiritual y a la salud (48).

Para representar cada una de las religiones, se mencionarán las más importantes y se definirán, según la Real Academia Española:

- Catolicismo: “creencia de la iglesia católica”, “comunidad y gremio universal de quienes viven en la religión católica” (51). Por lo tanto, se siguen las estipulaciones de la Santa Biblia y lo que dicte la iglesia católica.
- Cristianismo: “conjunto de creencias y preceptos que constituyen la religión de Jesucristo” (52). Se abarcan desde los evangélicos, pentecostales, adventistas, hasta los católicos.
- Ateísmo: Conjunto de personas que niegan la existencia de cualquier dios (53).
- Creyentes: “qué cree”, “especialmente a quien profesa determinada fe religiosa” (54). Dentro de esta clasificación se abarcan todas aquellas religiones en las que se cree en algo, como los musulmanes, judíos, sintoísta, entre otros.

Creencias culturales

Según Tabloski P., las personas tienen una capacidad genética para aprender la cultura, sin embargo, el contenido de ella no va ser de carácter genético y, por esto, debe ser aprendida por cada persona de la familia o comunidad social (48).

Dado lo anterior, se destaca que puede nacerse con un tipo de cultura en específico, pero está en cada quién de forma individual aprender de ella. Esto se realiza por medio de lo que se observa al ir creciendo y de lo que los ancestros promueven para que esta cultura sea adquirida por los demás.

Sin embargo, existen personas que por diversas circunstancias deciden no creer en la cultura con la que nacieron, y se aventuran a nuevos conocimientos y actitudes brindadas por otras culturas que le provean al individuo de las cualidades en las que anda en busca.

Dependiendo de la cultura de la que se hable, así va ser la forma en que van a cuidar su estado de salud. Algunas pretenden que sus individuos sean sanados por medio de remedios naturales

o injurges especiales, mientras que otros ven a las enfermedades como un ser maligno que se adentró en el alma del que lo padece, por lo que su medio de sanación es mediante la oración o ritos especiales.

Cada persona realiza su cuidado para la salud de forma individual, muchas de ellas ponen ese cuidado en manos de las personas con las que conviven, hay otras que prefieren creer en lo que los miembros de la comunidad o cultura le ofrecen para la sanación o mantenimiento de la salud.

Medicina alternativa

Como se menciona en el anterior apartado, la utilización de remedios caseros o medicina alternativa, es muy común en la comunidad actual, porque se dejan guiar por los consejos de las otras personas o culturas específicas que mantienen un tratamiento especial para cada tipo de enfermedad.

Generalmente, las personas suelen consultar sobre la utilización de alguna planta u remedio natural para sanar su enfermedad, o recurren a la llamada medicina homeopática. Esto lo realizan, porque creen que tienen una alta efectividad o simplemente, porque son remedios más baratos que la medicina farmacológica tradicional.

Estos remedios caseros en algunas ocasiones coayudan al mejoramiento de la salud; sin embargo, debe tomarse en cuenta de que deben ser ingestos con vigilancia médica para evitar posibles complicaciones asociadas a las enfermedades que se padecen.

2.2.5 Cuidado de la salud

En la actualidad, los individuos carecen de iniciativa para cuidar adecuadamente su salud, y es que no enfatizan en lo trascendente que es mantener el organismo dotado de esta cualidad. Es sino, hasta que aparezca un problema de salud cuando las personas se enfocan en ella, por esto, preservar convenientemente la salud coayuda a evitar la aparición de enfermedades, así como, de complicaciones asociadas a alguna patología.

a. Definición del cuidado de la salud

Con respecto al cuidado de la salud, se define la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (55), y el cuidado como “Asistir, guardar y conservar” (56).

b. Pilares para el cuidado de la salud

Preservando adecuadamente la salud ayuda a mantener una vida sin complicaciones, esto se lleva a cabo mediante los cuidados que las personas tengan sobre ella.

Para ello, se espera que se mantengan los pilares básicos: una dieta saludable, actividad física diaria y el consumo de tratamiento farmacológico en caso de que se padezca alguna enfermedad (11), todo esto a lo largo de la existencia para asegurar la prevención tanto de posibles enfermedades como las complicaciones que se asocian a estas. Todo con el fin de cuidar la salud

- **Alimentación**

La Política Nacional de Salud define a la alimentación como un “...conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingesta de alimentos.

Está relacionada con los socio culturales y económicos y de medio ambiente que influyen en forma importante en los hábitos dietéticos y estilos de vida” (57). Como se menciona, el tipo de alimentación que lleve cada persona en específico depende del mundo y de los determinantes en el que esté inmerso, ya que tanto los alimentos que se consumen como su preparación van a depender de ellos.

Dado los altos índices de obesidad que existen a nivel mundial actualmente, muchos países se han dado la tarea de incentivar a sus poblaciones el consumo de alimentos saludables, esto para reducir la carga económica que los acoge y para reducir la obesidad y el sobrepeso, y con esto el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.

Y es que muchas personas son despreocupadas por los alimentos que consumen, los ingieren en grandes cantidades, el cuerpo utiliza los nutrientes que necesita para las actividades de la vida diaria y el resto los acumula en el mismo, provocando un deterioro en la salud.

Para la OMS (58) poseer buenos hábitos alimentarios a lo largo de la vida previene la malnutrición, así como la adquisición de enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión. Sin embargo, actualmente, por el estilo de vida que llevan muchas personas consumen alimentos hipercalóricos, con más grasas saturadas, grasas de tipo trans, más sodio y sal, entre otros, esto porque llevan una vida acelerada y se olvidan de consumir verduras, frutas, cereales, porque adjudican que no tienen tiempo suficiente para preparar estos alimentos.

Una alimentación saludable, equilibrada y variada va a depender de las necesidades y carencias que posea cada individuo, así como del ámbito cultural, alimentos disponibles, y los hábitos alimentarios que se tengan. Pero, se recalca que los principios básicos de alimentación van a ser siempre los mismos (58).

Según recomendaciones de la OMS (58), para cualquier adulto que quiera llevar un plan alimentario saludable diario debe seguir las siguientes recomendaciones:

Consumo de frutas, verduras y hortalizas

Se recomienda consumir cinco porciones de frutas y verduras al día, es decir, unos 400 g. Con esto, podría garantizarse la reducción del riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y colabora a la ingesta diaria de fibra dietética.

Para lograr consumirlas diariamente pueden incluir en todas las comidas o consumirlas como aperitivos. Es recomendable comer diferentes tipos de frutas, verduras y hortalizas para evitar el aburrimiento en la persona, por esto debe realizarse una selección variada de estos alimentos.

Consumo de grasas

Con respecto a este lípido, lo recomendable es consumir menos del 30% de la ingesta calórica diaria, ya que disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles al reducir el consumo de grasas. Por esto, deben ingerirse menos del 10% de la ingesta calórica de grasas saturadas, y menos del 1% de grasas de tipo trans, y se aconseja sustituir esas grasas por las no saturadas.

Para disminuir el consumo de grasas no saludables puede modificarse la forma en que se preparan los alimentos, ya sea utilizando aceites vegetales de origen no animal, quitando la parte que contenga grasa de la carne, cocinando los alimentos al vapor o al horno. De igual forma, evitando el consumo de alimentos procesados que contengan grasas tipo trans como lo es la comida rápida. Además, debe reducirse al máximo el consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, como lo son los productos lácteos enteros, carnes grasas, mantequilla, entre otros.

Consumo de sal, sodio y potasio

Las personas en su dieta diaria incluyen gran cantidad de sodio, es decir sal (9 a 12 g diarios), y no ingieren suficiente potasio (menos de 3.5 g), esto favorece a que la hipertensión arterial aparezca más fácilmente y, a su vez, el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular aumenta. Por esto, se recomienda que el consumo de sal sea de menos de 5 g diarios.

Es muchas veces evitable el consumo de sal escogiendo adecuadamente los productos que se consumen como, por ejemplo, evitar el consumo de alimentos procesados como el jamón, queso, salchichón, o no consumir alimentos como el pan, caldos, salsa de pescado, salsa de soya, o simplemente eliminando la sal de mesa.

Una medida práctica para reducir el consumo de sal diaria es no añadir sal de más al preparar los alimentos, elegir bien los alimentos bajos en sodio al realizar las compras y evitar el consumo de aperitivos salados.

Consumo de azúcares

El consumo de azúcar diario se recomienda que sea menos del 10% de la ingesta calórica total y para obtener mejores beneficios para la salud en los adultos debe reducirse a un 5%.

Los alimentos con exceso de calorías procedentes de los alimentos y bebidas con un excesivo contenido de azúcar libre favorecen a la aparición de caries dental, aumento de peso, y con esto, da cabida al sobrepeso y la obesidad.

Para disminuir el consumo de azúcar en la vida diaria debe limitarse el consumo de alimentos y bebidas ricas en azúcar como las gaseosas o golosinas. También, podría optarse por el consumo de sustitutos de azúcar, en lugar del azúcar corriente. Pero, lo más recomendable, es consumir frutas y verduras en lugar de aperitivos con alto contenido de azúcar.

Consumo de cereales enteros

Según Bolet M. y Socarrás M., el consumo de cereales enteros debe ser de aproximadamente un 40-60%, en variedades desde arroz integral hasta la avena molida. Afortunadamente, los granos son aceptados en su gran mayoría por todas las culturas, por lo que constituye el alimento más importante (59).

- **Actividad física**

El Plan Nacional de Actividad Física y Salud define a la actividad física como “concepto mismo del movimiento que reúne toda expresión corporal, intencionalidades y usos que se le dé al cuerpo” (60). Es decir, no es solo ejercitarse como comúnmente se cree, sino va mucho más allá de esto, como todo tipo de movimiento que realice el organismo y que este produzca que el cuerpo humano gaste energía suficiente.

Por otro lado, cabe recalcar que la actividad y el ejercicio físico son acciones de carácter distinto, ya que el ejercicio es de forma más planificada y favorece más que todo la aptitud física del que lo realiza (sin embargo, forma parte de la actividad física); mientras que la actividad física toma en cuenta otras actividades que insinúan el movimiento corporal, y toman en cuenta los momentos de juego, del trabajo, formas de transporte activo, tareas domésticas y actividades recreativas (60).

La OMS resalta que la inactividad física es el cuarto factor en cuanto a la mortalidad mundial, y estima que causa aproximadamente un 21-25% de cáncer de mama y colon, un 27% de casos de diabetes y un 30% de cardiopatías isquémicas son desarrolladas, por esta condición (61).

La actividad física debe realizarse, según la edad que posea la persona, es por esto que en este apartado se mencionarán las directrices dados por el Plan Nacional de Actividad Física y Salud (60) que deben seguirse según el grupo de edad que mantiene trascendencia para el desarrollo de esta investigación:

Población de 18 a 64 años

En este rango de edad se recomienda realizar actividades recreativas (caminatas, paseos en bicicleta), actividades ocupacionales como las que se realizan cuando la persona trabaja, tareas del hogar, algún tipo de deporte o ejercicio programado. Todo esto para mejorar la función cardíaca, respiratoria, muscular, ósea y, con esto, reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

Esta población de realizar al menos 150 minutos de actividad física semanal realizando actividad física aeróbica moderada, o realizar 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana. Esta actividad aeróbica debe realizarse en sesiones de unos 10 minutos de duración.

Población de 65 años en adelante

Para este rango de edad pueden realizarse las actividades mencionadas anteriormente, mientras que el individuo las pueda realizar; sin embargo, para los individuos quienes mantengan limitación en la movilidad se realizan actividades para mejorar el equilibrio y de igual forma prevenir caídas. Las actividades que se planeen deben estar enfocadas en el fortalecimiento de los principales músculos, y estas deben desarrollarse dos o más días a la semana.

Al tratarse de adultos considerados de edades mayores, debe fomentarse la realización de actividad física, mientras que este las pueda realizar por sus propios medios, si, por el contrario, no la pueden realizar, debe ayudarse a mantenerse activamente.

- **Tratamiento farmacológico**

Para ofrecer una definición certera sobre el significado del tratamiento farmacológico, la Real Academia Española define al tratamiento como todo aquel "...conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad" (62), mientras que Adams M., Holland N. y Bostwich P., definen un fármaco como una "...sustancia química capaz de desencadenar reacciones biológicas en organismo" (63).

Es decir, el tratamiento farmacológico se emplea para tratar algún tipo de enfermedad que padezca un individuo, y lo realiza por medio del consumo de sustancias especiales que generan cambios positivos o en algunas ocasiones negativas en el organismo.

El ingerir a cabalidad el tratamiento farmacológico que fue indicado valida el poder sobrellevar una enfermedad crónica, disminuyendo el riesgo de complicaciones. Además, que asegura una buena calidad de vida para quién lo padece. Pero, es constante que las personas más enfermas sean quienes incumplan con este plan.

Por lo que Ruiz E. *et al* menciona que "...el incumplimiento terapéutico o falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar y es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas" (64), por lo que incumplir el tratamiento terapéutico en estos casos es de importancia, ya que pueden provocar serias repercusiones en su diario vivir, ya que aumenta el riesgo de presentarse con mayor frecuencia complicaciones asociadas a estas enfermedades.

Se habla de que aproximadamente un 30-60% de las personas que padecen enfermedades no transmisibles o crónicas no siguen el tratamiento establecido por el médico tratante, por lo que resalta el alto índice de despreocupación que tiene esta población (64).

Vías de administración de los fármacos

Como mencionan Adams M., Holland N. y Bostwich P. (63), los fármacos pueden administrarse por vía enteral, tópica y parenteral y, al mismo tiempo, cada una de ellas presenta su propia clasificación. En este apartado se hará referencia a cada uno de sus medios de administración, según los autores citados anteriormente.

Administración enteral: En esta clasificación se toman en cuenta todos aquellos fármacos que serán administrados por vía oral, incluidos los que se ingieran por sonda nasogástrica o gastrostomía. Esta se considera la vía más frecuente de administración de fármacos, además de que se considera como la más barata y segura. Los fármacos de este tipo se obtienen en presentación de comprimidos, cápsulas y formas líquidas.

Administración tópica: Estos son todos aquellos que se administran por medio de la piel o en el revestimiento mucoso de ojos, oídos, tracto respiratorio, tracto urinario, vagina y recto. Sus presentaciones oscilan desde preparados dermatológicos como cremas, lociones, geles, polvos y aerosoles, instilaciones e irrigaciones como los que utilizan a nivel de cavidades y orificios corporales como ojos, oídos, nariz, vejiga, recto y vagina, hasta inhalaciones donde se utilizan fármacos que se aplican en el tracto respiratorio mediante inhaladores, nebulizadores o dispositivos de presión positiva. Esta vía se considera una de las que menos efectos secundarios producen, ya que por ser administrado a nivel tópico se absorbe muy lentamente, y las concentraciones a nivel circulatorio son mínimas.

Administración parenteral: Esta vía de administración es la más invasiva respecto de las anteriores, ya que permite administrar fármacos mediante una aguja por medio de la piel, ya sea a nivel de tejido subcutáneo, los músculos o las venas. Para llevar a cabo esta aplicación es indispensable seguir las normas de asepsia establecidas para impedir el ingreso de microorganismos al cuerpo humano. De igual forma, deben conocerse los sitios anatómicos adecuados para realizar la punción necesaria. Una de sus vías de administración es la intradérmica donde se utiliza la dermis de la piel para la inserción del fármaco, mientras que en la administración subcutánea requiere de las capas más profundas de la piel, en este caso se podría aplicar insulina, heparina, vitaminas y algunas vacunas. La inyección intramuscular implica la administración de medicamentos en músculos específicos, mientras que la intravenosa se necesita del torrente circulatorio para aplicar el fármaco.

En cuanto a los tiempos en que deben administrarse los fármacos indicados, va a depender de la persona y de las condiciones patológicas que este contenga. De igual forma de las características que en sí, el fármaco posea. Algunos pueden ser administrados antes o después de las comidas, con o sin el estómago vacío o simplemente ser indicados una vez al día.

Cuando se trata de enfermedades crónicas, estos deben ser adquiridos diariamente, a las horas que se indica y siguiendo las estipulaciones establecidas, esto para asegurar que la afección está debidamente controlada y que el efecto terapéutico no se pierda. En caso de que sea un adulto mayor quién tenga que abogar por su salud, es posible que otra persona allegada a él pueda suplir sus necesidades farmacológicas al colaborar en la administración del fármaco.

2.2.6 Teorizante de Enfermería

Según Mesquita E. *et al* (65), las teorías son un conjunto de conceptos, que relacionados entre sí, pueden abarcar el campo de la práctica, la enseñanza y la investigación, así mismo, traer nuevos conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería, fomentando el estudio de esta profesión desde diferentes esferas, para adquirir nuevos conocimientos.

La historia de las teorizantes de enfermería comienza desde la época de Florence Nightingale donde después de organizar el cuidado de los heridos en Crimea, creó una escuela de enfermería, con lo cual originó el nacimiento de la enfermería moderna.

Por otro lado, Nightingale con sus escritos, describió cómo debía ser la educación de la enfermería, los cuales sirvieron como guía para iniciar la educación de esta profesión en los Estados Unidos, y a partir de sus investigaciones logró que otras enfermeras se interesaran por la investigación.

Además, Alligood M. y Marrier A. (66) afirman que una enfermera aumenta su valor profesional cuando hace uso del conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones, dando lugar, a que si estos conocimientos son aplicados podría mejorarse la práctica, y con esto optimizar la calidad de los cuidados que se ejercen a la población.

Las enfermeras reconocen que gracias al nacimiento de las teorías son capaces de desarrollar tanto su capacidad de análisis, como su pensamiento crítico, permitiéndoles poner todo lo aprendido en el cuidado del enfermo, además de transmitir sus conocimientos a futuros estudiantes, promoviendo, de esta forma, el uso de las teorías de enfermería.

2.2.6.1 Teoría propuesta por Dorothea Orem

Pereda M. (67) menciona que una de las grandes teóricas de enfermería es Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo conceptual, que propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma.

Bibliográficamente se desprende que Dorothea Elizabeth Orem nació en 1914, en la ciudad de Baltimore, Maryland, quien realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C.

A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería, durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas, fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital.

Durante ocho años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana, donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959, publicó *Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: Concepts of Practice*. En 1984, decidió retirarse, pero continuó asistiendo a conferencias. Sin embargo, murió en el 2007.

En 1958, Orem desarrolla tres teorías, dentro de las cuales se encuentran: la teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de sistemas para enfermeros, las cuales se detallarán a continuación:

- **Teoría del autocuidado**

Según Silla D. y Jordán M. (68), Orem define el autocuidado como: “...*la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el 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*”, es decir, debe favorecerse al individuo de independencia para que este realice actividades que lo desarrollen para cuidar su propia salud, sin depender de la ayuda de otras personas, cuando estos puedan realizarlas.

El autocuidado es una conducta que requiere de conocimiento, habilidad, y motivación, que a lo largo del tiempo, pueden aprenderse, muchas veces, con el apoyo de personal de salud, logrando que el individuo reconozca estas actividades como propias, y de esta forma se promueve la salud y el bienestar.

En su teoría, Orem menciona que para realizar la práctica el autocuidado de la persona sana o enferma, es necesario considerar tres condiciones básicas, que pueden determinar las necesidades de autocuidado para la salud: la Universalidad (el autocuidado de la salud es común a todas las personas), el Desarrollo (el autocuidado se comprende como prevención en salud y debe darse a lo largo de la vida), y la Desviación de la salud (el autocuidado puede verse afectado por el propio estado de salud de la persona) (68).

El autocuidado va principalmente encaminado en modificar las conductas no saludables en saludables, incluyendo incrementar el conocimiento, adquirir habilidades y, sobre todo, tener motivación para adquirir el autocuidado como un hábito, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona.

- **Teoría del déficit del autocuidado**

Dorothea Orem menciona que esta teoría es el núcleo central del modelo, donde proyecta la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado, y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Es decir, cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda del cuidado surge el déficit del autocuidado (69).

Esta teoría expresa y desarrolla las razones por las que los individuos necesitan de los cuidados de enfermería, donde se asocian a factores que afectan a las poblaciones, cuyas acciones pudieran estar relacionadas a los problemas de salud o cuidados sanitarios.

Según Vega O. y González D. (69), citado por Orem en 1979, la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus propias habilidades para cubrirlas, dando lugar a que el personal de enfermería atienda las necesidades del individuo.

- **Teoría de sistemas para enfermeros**

La teoría de sistemas para enfermeros se basa en la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo el personal de enfermería, con el objetivo de ayudar a los individuos a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados (69).

Además, Cavanagh, citado por Vega O. y González D. (69) detalla que al presentarse incapacidad en las personas para proveerse a ellos mismos la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento, y desarrollo frente a sus problemas de salud, por lo que se plantea la intervención de enfermería.

En general, relacionando las tres teorías con los factores personales que influyen en el cuidado de la población diabética de 20 a 80 años de edad, podrían acentuarse, que, mientras esta población pueda realizar los cuidados indicados de manera autónoma, debe permitirse, ya que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, es decir, no tiene cura, por lo tanto, el desarrollar el autocuidado como un hábito, es un plus que les permitirá disminuir la aparición prematura de complicaciones graves.

Sin embargo, una vez que la enfermedad aparece se ve afectado, en muchas ocasiones, el autocuidado, pero si la persona a pesar de padecer Diabetes Mellitus puede seguir con su propio cuidado, es indispensable que se le permita, hasta el momento en que estos individuos se percaten que no pueden seguir con su cuidado.

A pesar de que las personas diabéticas conocen su enfermedad, y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que deben seguir, no los consumen y no siguen indicaciones médicas, porque existen factores que no se los permiten, en este caso, posibles factores personales que favorecen a que esta población no cuide adecuadamente su salud, por lo que pierden la capacidad de autocuidarse.

Es necesario de que una vez que se detecte que existe una enfermedad, y hay factores que impiden que la población cuide de su salud, el personal de salud empiece a actuar, en este caso, el personal de enfermería, aplicando los cuidados de enfermería para cada caso.

El método predominante para que la población cuide de su salud con colaboración de enfermería es la educación, donde se les recalcan las complicaciones que se dan si no llevan un control adecuado para la Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, porque se emplearán estadísticas de las variables evaluadas, para interpretar de mejor manera la información, además se realizará revisión de la *literatura* previamente estudiada por otros autores. Esto con el fin de comprobar si los factores personales influyen en el cuidado de la salud en la población diabética. De esta forma los fenómenos estudiados no serán afectados por el investigador, por lo que los resultados se detallarán de forma objetiva, de igual forma estos serán analizados por métodos estadísticos para su mejor comprensión.

Es de alcance descriptivo, ya que pretende explorar la situación del grupo establecido y cómo se comporta, con la finalidad de especificar las características y propiedades de las situaciones. Se llevará a cabo midiendo, evaluando y recolectando información brindada por la población diabética especificada.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental, debido a que se pretende observar el fenómeno sin manipular ninguna de sus variables y transversal, ya que se recolectarán los datos en un mismo momento, en este caso durante el periodo de enero-febrero del 2017.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

La provincia de Cartago consta de 8 cantones y 51 distritos, siendo La Unión el tercero en ubicación, pero el más pequeño que compone a dicha provincia. El mismo posee un área de 44,83 km², con una población total estimada para el año 2011 de 99 399 habitantes.

El cantón de La Unión se compone al mismo tiempo de 8 distritos, divididos en Tres Ríos, San Diego, San Juan, San Rafael, Concepción, Dulce Nombre, San Ramón y Río Azul. Siendo el sector de Tres Ríos el más habitado, con un total aproximado de 9331 ciudadanos.

En la región de Tres Ríos se encuentra el Área de Salud de La Unión, perteneciente a la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), quien ofrece servicios a la población de los distritos Tres Ríos, San Rafael y Dulce Nombre. En este se brinda atención en medicina general y familiar, servicio de enfermería, cuidado paliativo y control del dolor, odontología, psicología, vigilancia epidemiológica, emergencias, entre otros.

Al realizar el estudio en cuestión se toma en cuenta a la población diabética del área de Tres Ríos y los datos de la cantidad de personas que padecen de dicho padecimiento serán tomados según datos suministrados por el Área de Salud de La Unión, dentro de los cuales se detallan el E.B.A.I.S de Tres Ríos y de La Unión.

3.2.1 Unidades de análisis u objetos de estudio

El presente estudio tomará en cuenta como comunidad de análisis a las personas con Diabetes Mellitus dentro del rango de edad entre 20 a 80 años, estos residentes en el distrito de Tres Ríos, cantón de La Unión, Cartago,

Según información adquirida en el área de salud La Unión, para el año 2016, el sector de Tres Ríos conto con un total de 576 personas diagnosticadas con diabetes. Quienes son atendidas en el E.B.A.I.S La Unión y E.B.A.I.S Tres Ríos, respectivamente (Ver Anexo N°1).

Por otro lado el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) reporta que para el año 2011 en el cantón de La Unión contaba con 99.399 habitantes, mientras que el distrito de Tres Ríos mantenía para ese momento un total de 9 331 ciudadanos.

Para la presente investigación se cuenta con un universo de $N= 576$, del cual se extrae una muestra de $n= 121$, bajo los criterios de un máximo de error aceptable de 9%, y un nivel de confiabilidad deseado de 95%, dichos datos fueron adquiridos en colaboración del señor Roger Bonilla, estadístico del departamento de investigación de la Universidad Hispanoamericana.

Criterios de inclusión

- Personas quienes ya fueron diagnosticadas con Diabetes Mellitus previamente.
- Individuos quienes oscilen entre los 20 y los 80 años de edad, y de ambos sexos quienes estén diagnosticados con Diabetes Mellitus.
- Aquellas personas que vivan específicamente en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, y que estén diagnosticados con Diabetes Mellitus.

Criterios de exclusión

- Todas aquellas personas menores de 20 años o mayores de 80 años, quienes no posean Diabetes Mellitus o estén en proceso de diagnóstico.
- Individuos quienes no residan en el distrito de Tres Ríos, cantón de La Unión, Cartago.
- Personas quienes no tengan como condición Diabetes Mellitus o estén en proceso de diagnóstico.
- Mujeres embarazadas con Diabetes Mellitus gestacional no serán tomadas en consideración.

3.2.2 Fuentes de información

Fuentes primarias

La información recolectada a lo largo de la investigación fue obtenida a través de datos suministrados por la población diabética de 20 a 80 años de edad, residentes en el cantón de La Unión, Cartago.

Fuentes secundarias

Se utilizó como fuente de información secundaria la consulta de libros de texto, libros electrónicos, páginas web, artículos y revistas científicas, así como la consulta a tesis de investigaciones anteriores sobre el tema abordado.

3.2.3 Identificación, descripción y relación de variables

- **Factores Personales**

Dicha variable será considerada como independiente, ya que no dependerá de la segunda variable, y es calificada como la causante del fenómeno estudiado en este estudio.

Definición conceptual: “Los factores personales pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, los estilos de vida, los hábitos, el trasfondo social, la educación, la profesión, la cultura, las experiencias actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características” (39).

Definición operacional: Los factores personales incluyen características propias de la persona como su edad, sexo, raza, antecedentes patológicos personales, entre otros, pero

también va mucho más allá de eso, extendiendo su definición a los ámbitos sociales, educativos y culturales en los que se emerge un individuo como tal.

- **Cuidado de la salud:**

En relación a la clasificación de esta variable, será considerada como dependiente, ya que sus valores dependerán del comportamiento de la variable independiente.

Definición conceptual: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (55), y el cuidado como: “Asistir, guardar y conservar”(56).

Definición operacional: La salud implica mantener un equilibrio en todas sus dimensiones, no solamente es ausencia de la enfermedad, y el cuidado que el individuo debe mantener es indispensable para preservar su salud, esto lo logra mediante actividad física diaria, alimentación adecuada y en caso de presencia de enfermedad un tratamiento farmacológico según condición.

- **Factores sociodemográficos**

Definición conceptual: “El ámbito social es todo aquello que es perteneciente o relativo a la sociedad” (38) y “...demografía indica todo aquel estudio estadístico perteneciente a la colectividad humana” (41).

Definición operacional: Los factores sociodemográficos implican todo lo que tiene que ver con la conducta del ser humano dentro de una sociedad, y la demografía se integra a este elemento aportando estadísticas relacionadas con la población estudiada.

3.2.4 Proceso de operacionalización de variables

Objetivo Específico: Caracterizar los factores personales en la población diabética de 20 a 80 años de edad, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017							
Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
Factores personales	<i>“Los factores personales pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, los estilos de vida, los hábitos, el trasfondo social, la educación, la profesión, la cultura, las experiencias</i>	Personal	Los factores personales incluyen características propias de la persona como su edad, sexo, raza, antecedentes patológicos personales, entre otros, pero también va mucho más allá de eso,	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes patológicos personales. • Antecedentes patológicos familiares. • Estilo de vida. • Consumo de sustancias lícitas. 	Cuestionario: Lista de preguntas que se proponen con cualquier fin. (70)	Toda la población diabética de 20 a 80 años de edad, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago.	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto en los antecedentes patológicos personales como familiares predomina la diabetes y la hipertensión arterial. • El consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol fue

	<p><i>actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características”(16)</i></p>		<p>extendiendo su definición a los ámbitos sociodemográfico s, educativos y culturales en los que se emerge un individuo como tal.</p>				<p>menor comparado con las personas que si ingirieron estos elementos en el último año.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------

Objetivo específico: Describir los ámbitos sociodemográficos, culturales y educacionales que afectan a la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Definición Instrumental	Fuentes de información	Resultados
Factores personales	<i>“Los factores personales pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, los estilos de vida, los hábitos, el trasfondo social, la educación, la profesión, la cultura, las experiencias actuales y pasadas, los</i>	Sociodemográfica	Los factores personales incluyen características propias de la persona como su edad, sexo, raza, antecedentes patológicos personales, entre otros, pero también va mucho más allá de eso, extendiendo su definición a los	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Etnia • Estado civil. • Número de hijos. • Lugar de residencia. • Tipo de vivienda. • Personas que conviven en la vivienda. • Acceso a servicios públicos. • Actividades 	Cuestionario: Lista de preguntas que se proponen con cualquier fin (70).	Toda la población diabética de 20 a 80 años de edad, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago.	<ul style="list-style-type: none"> • La edad predominante fue mayor a 60 años. • Sexo femenino. • Etnia: Blanco-mestizo • Estado civil, casados. • Residentes de Tres Ríos. • Un 46% de la población

<p><i>patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características” (16)</i></p>		<p>ámbitos sociodemográficos, educativos y culturales en los que se emerge un individuo como tal.</p>	<p>laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remuneración laboral. • Nivel socioeconómico. 			<p>laboraba.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remuneración laboral menor a 294 000 colones. • Nivel educativo: Primaria completa. • Religión predominante: católica. • Un 73% consume remedios naturales.
	Educacional		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo • Conocimientos educativos. 			
	Cultural		<ul style="list-style-type: none"> • Creencias religiosas • Creencias culturales • Medicina alternativa 			

Objetivo específico: Señalar la alimentación, actividad física y tratamiento para el cuidado de la salud, que realiza la población diabética de 20 a 80 años de edad, en distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero 2017.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Dimensión Operacional	Indicadores	Dimensión Instrumental	Fuentes de información	Resultados
Cuidado de la salud	<p><i>“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”</i> (55)</p> <p>Por otro lado, cuidado se define como <i>“Asistir, guardar y conservar”</i>(56)</p>	Alimentación	La salud implica mantener un equilibrio en todas sus dimensiones, no solamente es ausencia de la enfermedad, y el cuidado que el individuo debe mantener es indispensable para preservar su	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de frutas y verduras. • Consumo de carbohidratos. • Consumo de proteína. • Consumo de azúcares y sustitutos. • Tiempos de comida. • Dietas especiales. 	Cuestionario: Lista de preguntas que se proponen con cualquier fin (61)	Toda la población diabética de 20 a 80 años de edad, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago.	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de frutas y verduras es más elevado con respecto a las personas que no las consumen. • El 69% consume de 0 a 1 tortilla diaria, y un 52% consume de 0 a 1 porción de pan diario.

		Actividad física	salud, esto lo logra mediante actividad física diaria, alimentación adecuada y en caso de presencia de enfermedad un	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física diaria. • Tipos de ejercicio por realizar. 			<ul style="list-style-type: none"> • El 40% algunas veces le agrega azúcar a sus bebidas o alimentos. • El 76% indica no realizar ejercicio físico. • El 41% casi nunca realiza ninguna dieta especial. • En su mayoría utilizan como tratamiento farmacológico medicamentos orales e insulina.
		Tratamiento farmacológico	tratamiento farmacológico según condición.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico establecido. • Forma de administrar el tratamiento farmacológico. • Tiempos para administrar el tratamiento farmacológico. 			

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó en la investigación fue un cuestionario que consta de 46 interrogantes, integradas por preguntas cerradas y abiertas, pero muy concretas para facilitar la tabulación de los datos (Ver Anexo N°2).

Para la elaboración del cuestionario se utilizaron tres diferentes fuentes, con el fin de seleccionar las interrogantes que se ajustaran a los objetivos de la investigación, por lo que se utilizó la Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas que realizó el Ministerio de Salud, C.C.S.S, Inciensa (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud) y la O.P.S. (71).

De igual forma, se tomó en cuenta un artículo elaborado por López-Carmona J. *et al* (72), donde se construyó y validó un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Finalmente, para validar las preguntas relacionadas con los factores personales, se tomó en consideración una investigación basada en los Factores Socioeconómicos, Culturales, Laborales y Personales relacionados con los Síndromes Hipertensivos en mujeres gestantes (73), dicho trabajo fue realizado por Fallas E., Coto C. y Solano M., todas estudiantes de enfermería de la Universidad Hispanoamericana.

El instrumento en cuestión será entregado a las personas diabéticas que cumplan con los criterios de inclusión mediante correo electrónico, entrevista personal, entrevista telefónica u auto-administrado.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La recolección de los datos obtenidos, se da por medio de la aplicación de un cuestionario que consta de 46 preguntas, el mismo administrado a la población diabética de 20 a 80 años en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, los mismos serán analizados por medio de gráficos y cuadros estadísticos para su mejor interpretación.

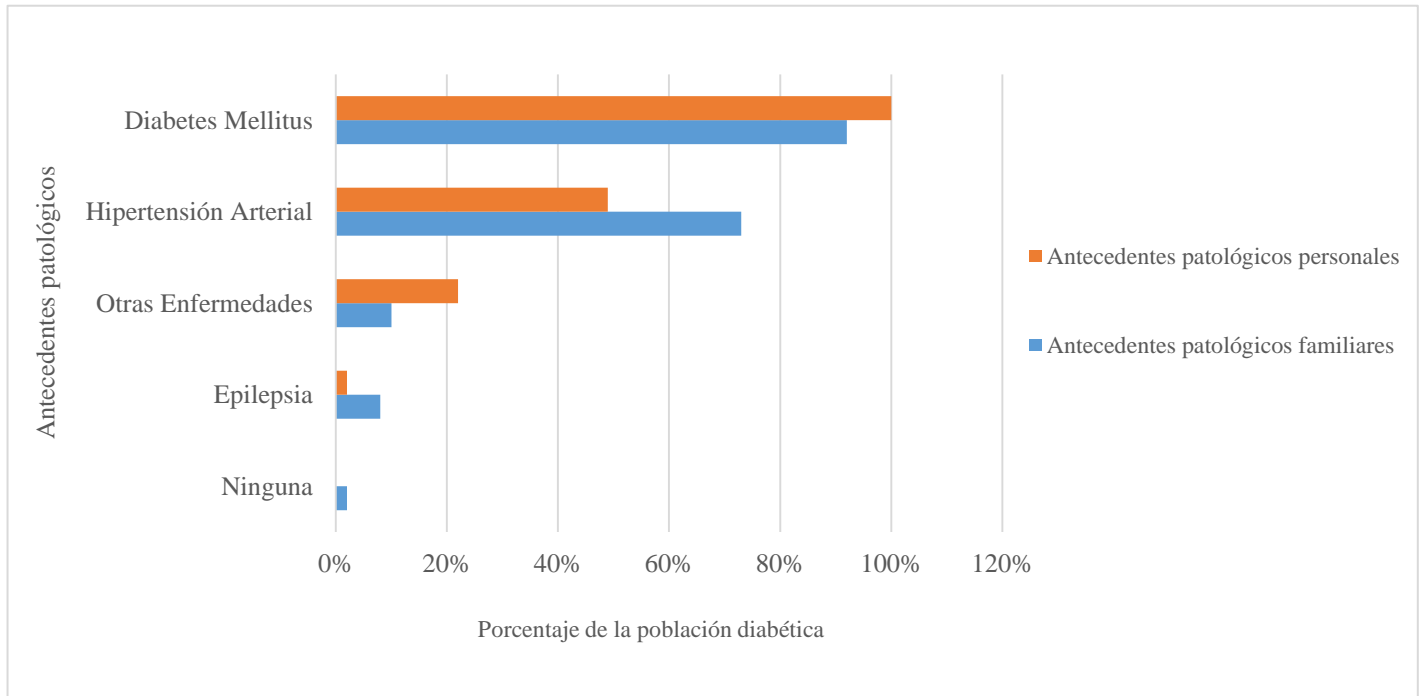
El cuestionario consta de tres partes, donde en la primera se detallan aspectos sobre los factores personales, los cuales están clasificados mediante los factores sociodemográficos, educativos, y culturales, posteriormente se analiza el tipo de alimentación que sigue esta población, seguidamente la actividad física que realizan, y por último el tipo de tratamiento utilizado para la Diabetes Mellitus.

El mismo se desarrolló en una muestra de 121 personas conocidas como diabéticas, presentando Diabetes Mellitus tipo I y tipo II, además se tomaron en consideración ambos sexos, en edades entre los 20 y 80 años, asimismo los criterios de inclusión tomados en cuenta anteriormente.

La interpretación y análisis de los datos cuenta con 3 cuadros estadísticos y 18 gráficos, los cuales se detallarán a continuación para denotar más a fondo los resultados obtenidos:

Gráfico N° 1

Distribución de la población bajo estudio según antecedentes patológicos personales y familiares, distrito de Tres Ríos, Cantón La Unión.



(Enero-febrero del 2017)

Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero 2017.

El 100% de la población a la que se le aplicó el cuestionario presenta como antecedente patológico personal la Diabetes Mellitus, ya que el estudio se basa en individuos con esta enfermedad, además de presentar esta alteración un 49% de personas diabéticas también presentan como antecedente la Hipertensión Arterial, siendo la segunda referencia patológica predominante, por otro lado, el 22% sufrían de otros trastornos, dentro de los que detallan

osteoporosis, hipertiroidismo, hipotiroidismo, insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias como asma, EPOC y enfisema pulmonar, y el 2% indicó que padecía de epilepsia,

Los resultados anteriores muestran que las personas con Diabetes Mellitus tienen más posibilidades de desarrollar Hipertensión Arterial, como lo menciona González A. (74), denotando que este padecimiento se presenta en un 20 y un 60% de la población diabética. Además, dependiendo de tipo de Diabetes Mellitus que presente el individuo, así será la relación con la Hipertensión Arterial, ya que en el tipo I puede reflejarse como el comienzo de la nefropatía diabética, y en el tipo II, se desarrolla como parte del síndrome metabólico de resistencia a la insulina.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares, 92% de la población tiene algún familiar con Diabetes Mellitus, el 73% posee parientes con Hipertensión Arterial, el 8% de sus familiares padece de epilepsia, el 10% indica que en su familia se desarrollaron otras enfermedades como osteoporosis, enfermedades respiratorias, y cardíacas, y el 2% indica que no tienen a ningún familiar con las enfermedades antes mencionadas.

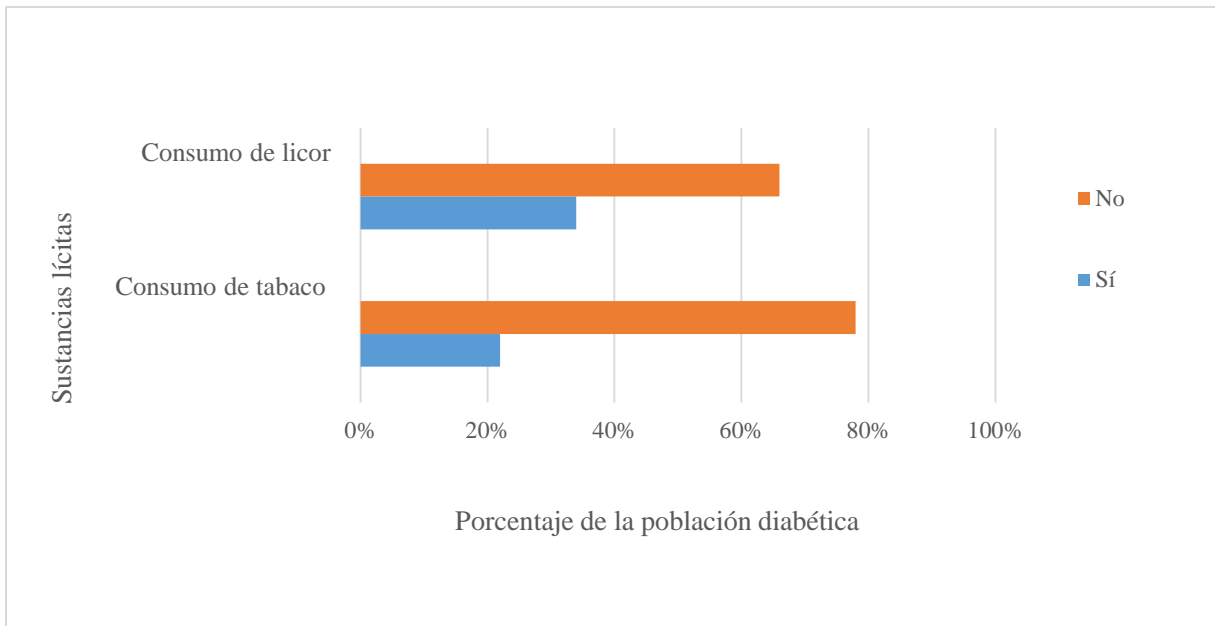
A pesar de que la Diabetes Mellitus es una de las patologías más estudiadas, aún no se conoce a ciencia cierta si su aparición tiene alguna relación genética; sin embargo, Herrera M. (75) menciona que la frecuencia de la Diabetes Mellitus tipo I en familias con esta enfermedad es del 5 al 10%, mientras que en la Diabetes Mellitus tipo II si uno de los padres padece la enfermedad la posibilidad es de un 50% que uno de sus hijos la desarrolle, mientras que, si ambos padres poseen Diabetes Mellitus, el riesgo aumenta a un 80%.

Gráfico N° 2

Distribución de la población bajo estudio, según consumo de sustancias lícitas, distrito de Tres

Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.

Con respecto al consumo del licor, el 66% indicó que no consumió esta sustancia durante el último año, mientras que el 34% menciona que ingirió bebidas alcohólicas durante este periodo.

Si bien es cierto, el 66% de la población no consume licor, pero un 34% sí lo realiza, y según diferentes autores, las personas con Diabetes Mellitus que consumen licor son particularmente propensas a desarrollar hipoglicemia, cuando el consumo es excesivo o hiperglicemia, cuando

se ingiere moderadamente, lo cual a largo plazo puede producir complicaciones en la calidad de vida de estas personas (76).

Además de producir graves repercusiones en una persona diabética, se debe recordar que el alcohol es una sustancia que produce serias consecuencias en personas sin esta enfermedad, máxime cuando su consumo es excesivo, llegando a provocar la muerte, es por esto que evitar el consumo de este líquido es esencial para conllevar una salud adecuada, más aún cuando se padece de una enfermedad tan preocupante como la Diabetes Mellitus.

La respuesta de la OMS ante el consumo del alcohol consiste en reducir la carga de morbilidad causada por el consumo nocivo de esta sustancia, para salvar vidas, previniendo traumatismos y enfermedades tanto mentales como no transmisibles, además de mejorar el bienestar de las personas, las comunidades y la sociedad en conjunto (77).

Por otro lado, el 78% de las personas diabéticas encuestadas indican que no consumieron tabaco durante el último año, mientras que un 22% adjudica que consumió esta sustancia.

En el distrito de Tres Ríos, las personas diabéticas consumidoras de tabaco son minoría; sin embargo, no debe olvidarse que el consumo de nicotina, al ser una de las sustancias más adictivas, produce graves alteraciones en el organismo, como neoplasias malignas de pulmón, boca, garganta y vejiga.

Además, en personas con Diabetes Mellitus, el riesgo de consumir nicotina es alto, ya que eleva los niveles de glucosa, y produce un descontrol metabólico, como lo menciona Cobo C. y San Miguel M. (78), *“Se ha sugerido que el aumento de la resistencia a la insulina que experimentan las personas que fuman es provocado por la nicotina y resto de los productos químicos que se encuentran en el humo del tabaco”*, denotando que la nicotina es el principal

contribuyente para desarrollar el síndrome metabólico, aumentando el riesgo de complicaciones microvasculares, principalmente la nefropatía en personas diabéticas.

Como respuesta de la OMS, en el 2005, se crea el Convenio Macro de la OMS para el control del tabaco, siendo el instrumento más importante de esta entidad para el control del consumo de esta sustancia. Este tratado está basado en pruebas científicas que reafirman el derecho de las personas al nivel más alto posible de salud, establece perspectivas jurídicas para la cooperación sanitaria internacional, y fija criterios rigurosos en lo relativo al cumplimiento (79).

En el 2008, la OMS adoptó un conjunto de medidas prácticas y eficaces en relación con sus costos, para intensificar la aplicación de las disposiciones del convenio, estas medidas son consideradas como opciones buenas y óptimas para reducir el consumo de tabaco, se reúnen en el conjunto MPOWER, donde se emplean medidas como vigilar el consumo de tabaco, proteger a la población del humo, ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar, advertir de los peligros de esta sustancia, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, y aumentar los impuestos al tabaco (79).

Según la información anterior, las entidades que velan por la salud de la población mundial han generado diversas alternativas para reducir el consumo del tabaco, ya que es una sustancia supremamente adictiva, causante de desgastes tanto en el cuerpo humano, como socialmente, por esta razón, que se extremen las medidas para que su consumo cese.

Cuadro N° 1

Distribución de la población bajo estudio según edad, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)

Edad	Población diabética	%
20-29 años	3	2
29-39 años	13	11
40-49 años	31	26
50 a 59 años	16	13
Más de 60 años	58	48
	121	100%

Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.

Según la información anterior el 48% de la población permanece al rango de edad de más de 60 años, el 26% tiene entre 40-49 años, y el 13% se mantiene entre los 50-59 años, indicando que en su mayoría la población diabética se encuentra entre el rango de edad de más de 60 años.

Se considera que por elevado envejecimiento de la población en que está inmerso Costa Rica, contribuye a que esta enfermedad se presente en personas mayores, como se muestra en los resultados, ya que la presencia de Diabetes Mellitus se encuentra en edades entre los 40 a más de 60 años.

La edad es un indicador de importancia para que las personas cuiden adecuadamente su salud, ya que se considera que entre más edad tenga el individuo, mayores serán los descuidos y la incurren a errores (80), notándose en la no toma del tratamiento farmacológico, su alimentación es poco variada, y la actividad física que realizan es decadente, por la presencia de enfermedades que impiden la movilización.

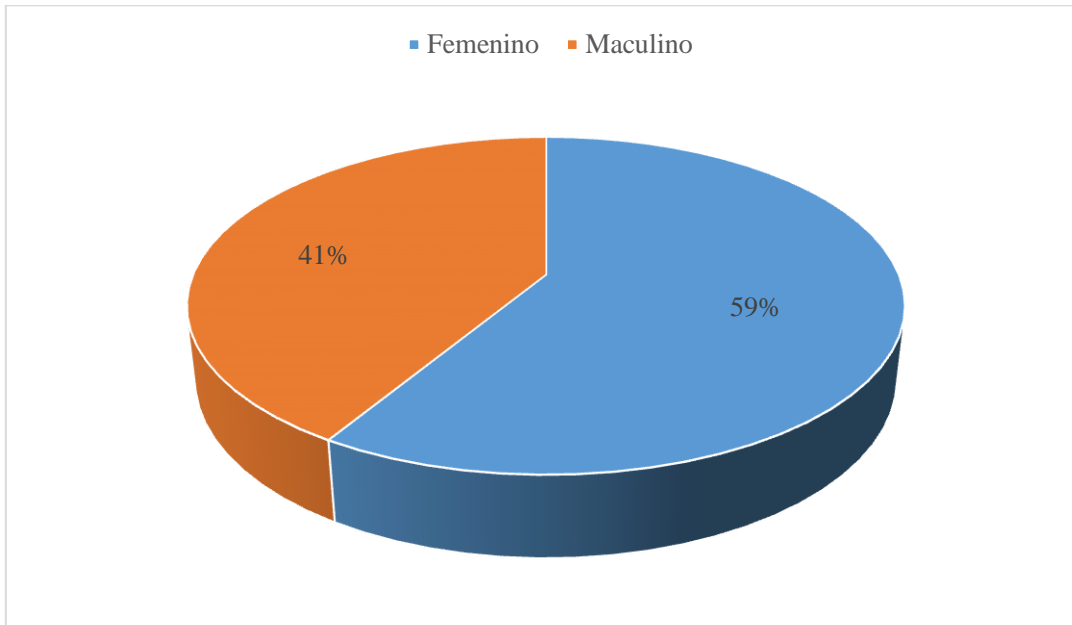
Además, algunos adultos mayores viven solos en sus hogares favoreciendo a que no tomen en cuenta el cuidado de su salud, al no poseer una persona que esté pendiente de los tratamientos y cuidados especiales que debe seguir un individuo con Diabetes Mellitus (81), por otro lado, es una edad, donde aparecen otras enfermedades crónicas degenerativas que favorecen el deterioro progresivo de su salud.

Aunado a lo anterior, el adulto mayor posee mayores casos de no adherencia al tratamiento, presencia de episodios frecuentes de hipoglucemia y descontrol glucémicos sin causa aparente, lo que rectifica que esta población tiene deficiencias en el cuidado de su salud, aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones como pie diabético, nefropatías, hipo e hiperglucemias, entre otros (80).

Gráfico N° 3

Distribución de la población bajo estudio según sexo, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

La población diabética en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión representa el 59% del sexo femenino, y el 41% del sexo masculino, notándose que las mujeres representan mayoría frente a los hombres.

Si bien es cierto, existen diferentes estudios donde indican que la Diabetes Mellitus se presenta en su mayoría en el sexo femenino. Insinuando que pertenecer a este género aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad.

Sin embargo, Cedeño M., Alfaro L. y Sánchez L. (21) mencionan que el sexo masculino es más propenso a desarrollar complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus, ya que por un asunto cultural de acceso a los servicios de salud, los hombres acuden mucho menos a la

atención médica en comparación con las mujeres, lo cual está influenciado por diversos factores, entre los cuales se denuncia un menor grado de preocupación por la salud y menor acceso a los servicios médicos por factores laborales, aunque se prevé que esta población tiene control médico en su trabajo.

Cuadro N° 2

Distribución de la población bajo estudio según estado civil, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)

Estado Civil	Población diabética	%
Soltero (a)	18	15
Casado (a)	54	45
Divorciado (a)	18	15
Viudo (a)	18	15
Unión libre	13	11
	121	100 %

Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero del 2017.

En relación con la información anterior, el 45% de la población diabética es casada, el 15% es soltera, otro 15% es divorciado, y en igual cantidad, un 15% se manifiesta como viuda, denotando que, en su mayoría, estos individuos se mantienen casados como estado civil predominante.

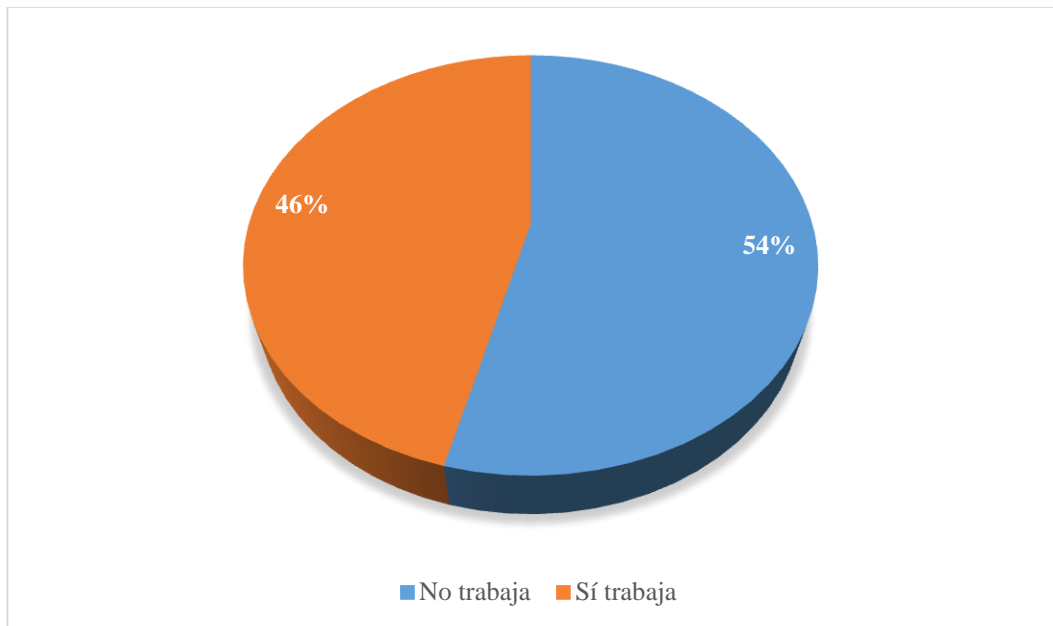
Los datos anteriores intuyen que al estar casados, estas personas no viven solas en sus hogares, lo que favorecería a que la población diabética de esta localidad cuide de mejor manera su salud, ya que tendrían en quién apoyarse en su cuidado.

Por otro lado, las personas solteras y divorciadas pueden no recibir el apoyo necesario de su familia, lo que desfavorecería su salud, como lo menciona Meissner, citado por Bautista L. y Zambrano (82), *“Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia o personas cercanas en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que obtenga, influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes”*, lo que a largo plazo podría favorecer la aparición de complicaciones, además incitar a la emersión de depresiones u otros trastornos mentales, ya que el manejo de la Diabetes Mellitus suele ser más difícil para esta población.

Gráfico N° 4

Distribución de la población bajo estudio, según trabajo laboral, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-febrero del 2017.

Según los datos anteriores, el 54% de la población diabética no realiza ningún tipo de actividad laboral, mientras que un 46% aduce laborar actualmente, indicando que en su mayoría estos individuos no realizan actividades que sean remunerables.

Dado lo anterior, que la mayoría de la población no trabaje influye en que no se reciba una remuneración económica mensualmente, lo que provocaría que no se tenga un estado financiero adecuado para llevar un tratamiento farmacológico y alimentario conveniente, pudiendo acarrear un deterioro progresivo de la salud.

Sin embargo, en datos anteriores se demostró que la mayoría de la población tiene más de 60 años, lo que pudiese indicar que estos individuos reciben algún tipo de incentivo del gobierno, no obstante mediante el cuestionario no se pudo corroborar la información.

El 46% de los diabéticos que laboran lo hacen en actividades diversas, a nivel privado, en empresas como entidades bancarias, abastecedores, panaderías, tiendas, cerrajerías, imprentas, empresas autobuseras, en el sector público como en escuelas, hospitales públicos, bancos estatales, y en lo propio, laborando en salones de belleza, actividades domésticas, entre otros.

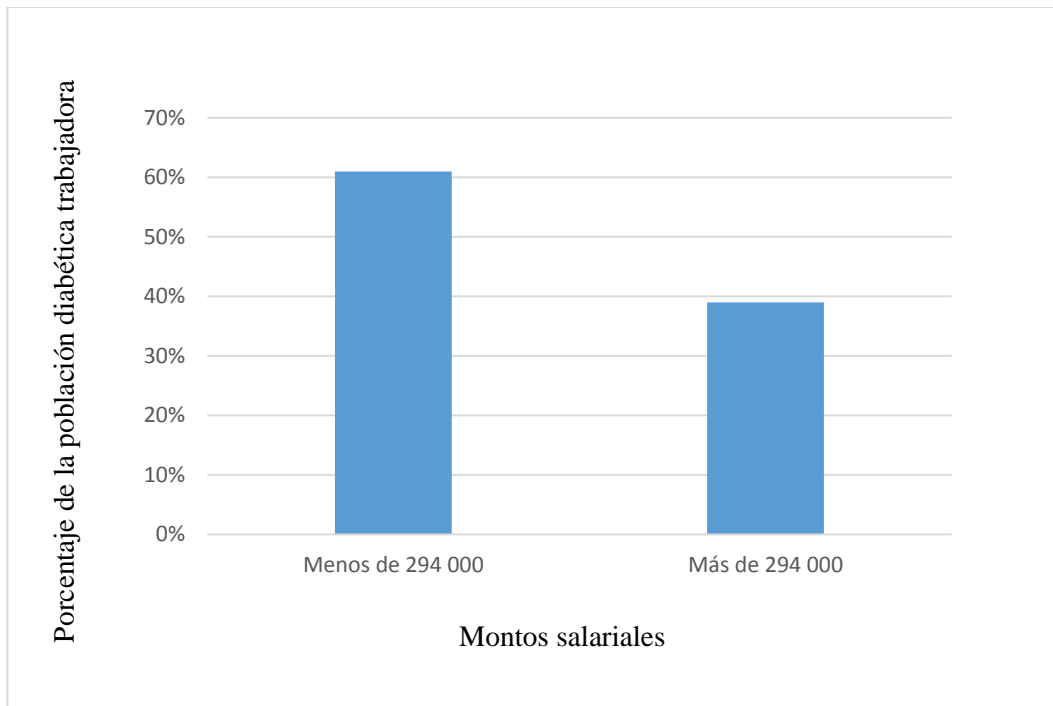
Dichas actividades laborales, principalmente las del sector público podrían favorecer a que no se lleve un control conveniente para la salud en personas diabéticas, ya que, pueden presentar horarios de trabajo rotativos donde los tiempos de comida, y de ocio no se adecuen a los que debería poseer una persona con estas cualidades.

Para Servián R., Calle J. y Fernández D. (83) los temas laborales relacionados con la población diabética son delicados, ya que si no se permite que estos tengan tiempo de alimentación y de aplicación de fármacos definidos puede conllevar a hipo a hiperglucemias, y que es esencial que todas las empresas tengan en su flotilla personal de salud capacitado para definir los posibles riesgos y complicaciones que podría tener no solo las personas diabéticas, sino de todas las enfermedades no trasmisibles, de antemano, son muy comunes en esta época y se debe estar preparado para cualquier circunstancia.

Gráfico N° 5

Distribución de la población bajo estudio, según remuneración económica laboral, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero 2017.

Del 46% de la población diabética que labora, el 61% recibe un salario inferior a 294 000 colones, mientras que el 39% recibe más de 294 000 colones, es decir, la población diabética que labora recibe en su mayoría un salario inferior a 294 000 colones.

El monto salarial detallado se toma en cuenta, según los montos salariales mínimos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica (84), donde se indica que una persona

trabajadora no calificada (TNC) gana aproximadamente 294 000 colones, indicándose como el salario mínimo estipulado.

Estos datos demuestran que las personas trabajadoras ganan en su mayoría menos del mínimo estipulado, pudiendo acarrear que por deficiencias económicas no consuman una alimentación adecuada, por lo tanto, el riesgo de complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus puede ser mayor, al consumir cualquier tipo de alimentos por un valor más económico.

Además, Gagliardino J. (85) menciona se puede observar que las personas con menor ingreso económico, son las que más se diagnostican con DMT2, y es la población que está más susceptible a desarrollar complicaciones por esta patología. Por otro lado, afirma que las mujeres trabajadoras son más castigadas en cuanto a ganancia salarial, ya que el sexo femenino suele ganar menos, por un tema social.

Cuadro N° 3

Distribución de la población bajo estudio según nivel de escolaridad, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero 2017)

Nivel Educativo	Población diabética	%
Primaria	43	36
Secundaria	38	31
Universitaria	24	20
Ninguna	16	13
	121	100%

Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

El 36% de la población diabética solamente obtuvo el grado de primaria, el 31% logró finalizar la secundaria, y el 20% alcanzó un título universitario.

Como muestran los resultados, la mayoría de la población diabética solamente logró finalizar la primaria, y al no obtener un título educativo mayor conlleva a deficiencias económicas. Esto se relaciona con poco presupuesto a una alimentación adecuada, y a la compra de medicamentos a nivel privado, en caso de ser necesario; sin embargo, deber recordarse que el tratamiento farmacológico para esta población es suministrado por la Caja Costarricense del Seguro Social.

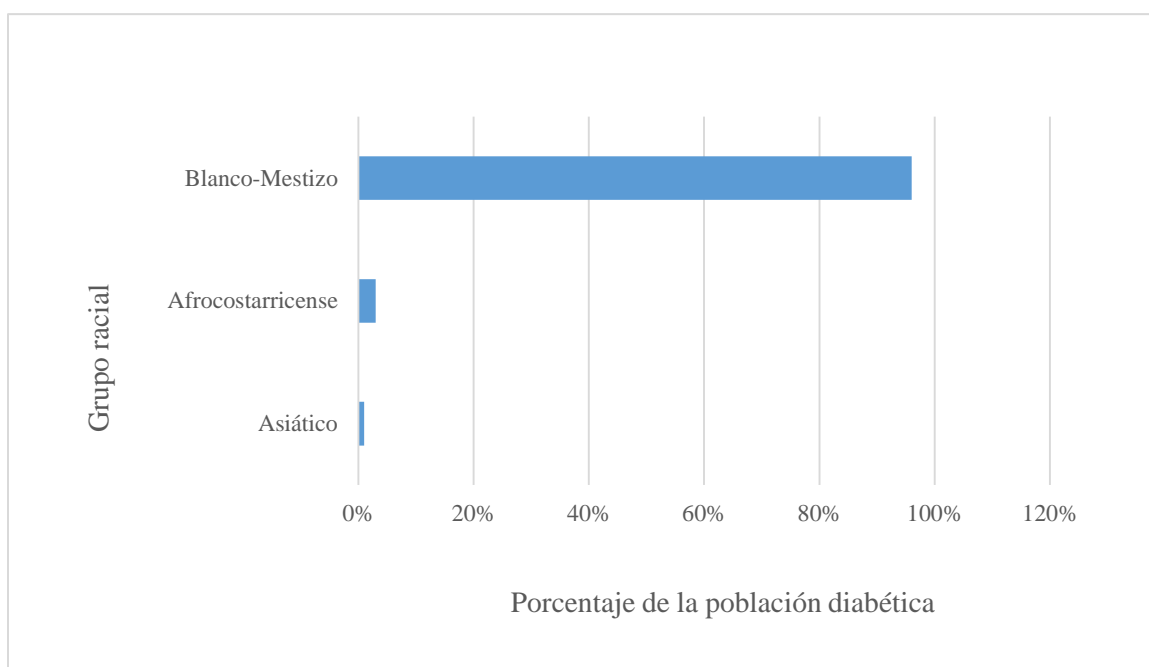
Por otro lado, Gagliardino J.(85) detalla que ante menos nivel educativo, existirá un aumento de casos en la enfermedad y todavía más, las complicaciones asociadas, ya que las

deficiencias económicas pueden no tomar en consideración los tres pilares (alimentación, actividad física y tratamiento farmacológico) para el tratamiento de la Diabetes Mellitus, extenuando los riesgos para esta población.

Gráfico N° 6

Distribución de la población bajo estudio, según grupo racial, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-febrero del 2017.

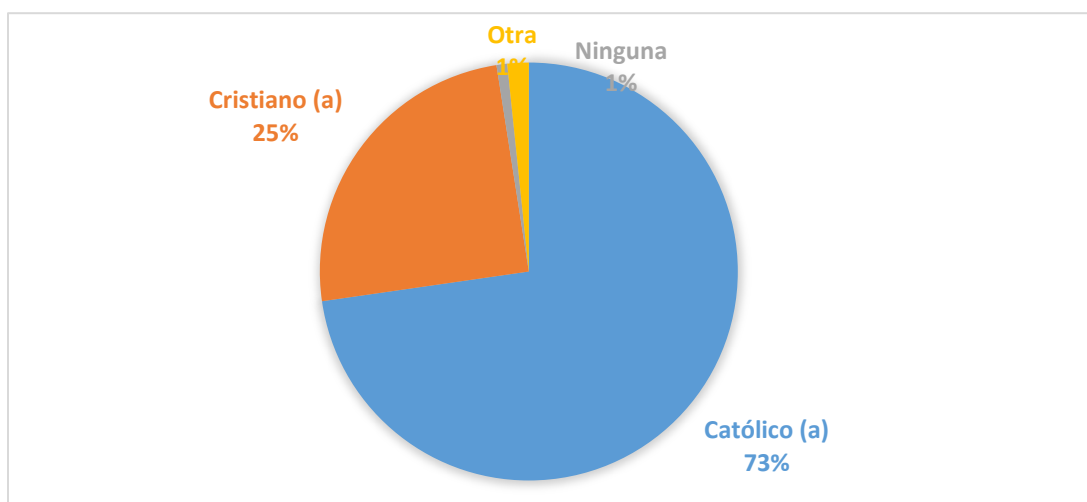
El 96% de la población diabética pertenece al grupo racial blanco mestizo, el 3% son afrocostarricenses, y el 1% es asiática. Dando como resultado que de la población blanco-mestiza es la que predomina sobre las demás.

El grupo racial blanco-mestizo prevalece en el distrito de Tres Ríos, ya que se encuentra en el punto central del cantón de La Unión, y el resto de las etnias se presentan en esta localidad debido al sistema de traslado de poblaciones en busca de mejoras en calidad de vida.

Para Islas S. y Revilla M. (86), el grupo étnico al que pertenece cada persona favorece a que los mismos desarrollen un inadecuado cuidado para su salud, en este caso menciona que generalmente los blancos-mestizos se someten a variaciones en sus hábitos dietéticos y en su estilo de vida, ya que modifican su estilo de comer y de vivir. Sin embargo, recalca que los individuos de raza oscura, al tener una alimentación un poco más variada, cargada de diversas grasas, son más propensos a descuidar su salud, más cuando presentan enfermedades como la Diabetes Mellitus.

Gráfico N° 7

Distribución de la población bajo estudio según religión, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión



(Enero-febrero del 2017)

Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-febrero del 2017.

De acuerdo con la población total de diabéticos, el 73% pertenecen a la religión católica, el 25% a la cristiana, el 1% pertenece a otras religiones. La religión católica prevalece sobre las demás citadas.

Las creencias religiosas que posee la población diabética en general resultan preocupantes cuando se trata del cuidado de su salud, ya que muchos individuos están tan familiarizados con su doctrina, que descuidan su estado de salud esperando un milagro o una atención divina que sane su padecimiento, en algunas ocasiones, dependiendo de lo que se practique, no siguen indicaciones médicas por seguir su culto (87).

En relación con lo que arrojan los resultados en este caso, en su mayoría fueron personas que siguen la religión católica; sin embargo, la misma no plantea objeciones para que las personas no cuiden su salud, pero algunos confían en las oraciones para controlar la Diabetes Mellitus.

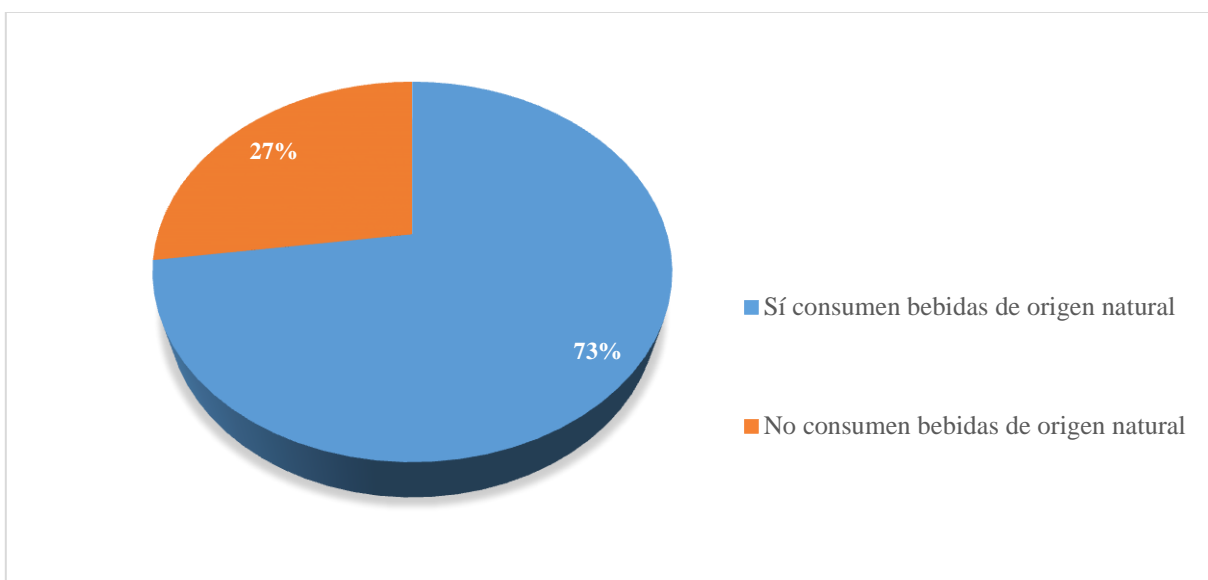
Gonzalez L. (87) menciona:

“...los estilos de vida que adoptan los creyentes en cumplimiento de las orientaciones, la más de las veces prohibitivas, que caracterizan a las doctrinas religiosas en general, y que se dirigen indirectamente a sanear, entre otros, los hábitos alimentarios, los sexuales y las conductas adictivas que están contempladas dentro de los factores de riesgo a la salud más comunes en nuestros tiempos y que por ende, conducen a la ruptura del equilibrio salud-enfermedad”.

Por lo tanto, la religión puede cambiar la forma de ver la salud, y como se menciona en el texto, romper con el equilibrio salud-enfermedad, provocando graves consecuencias cuando el individuo sigue a regla las doctrinas de su creencia.

Gráfico N° 8

Distribución de la población bajo estudio según uso de bebidas de origen natural, distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.
(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-febrero del 2017.

El 73% de la población aduce haber consumido alguna bebida de origen natural como parte del tratamiento para la Diabetes Mellitus, mientras que un 27% no consumió ningún tipo de tratamiento homeopático.

La mayor parte de la población diabética indica consumir algún tipo de remedio de origen natural para tratar su patología, esto por creencias populares o por recomendación de alguna persona allegada. Sin embargo, lo ingieren sin ningún tipo de recomendación médica, pudiendo afectar el tratamiento farmacológico que están consumiendo, además, no solamente debe ingerir bebidas naturales como medicina alternativa, ya que aún no se ha comprobado al 100% su eficacia, y en algunos casos podrían tardar varias semanas en realizar su efecto terapéutico.

Es por esto que el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (88) recomiendan no emplear un solo producto natural o práctica de salud no comprobados en reemplazo al tratamiento médico convencional para la Diabetes Mellitus, ya que el riesgo de complicaciones aumenta si se no se consume o se suspende los fármacos para tratar esta enfermedad.

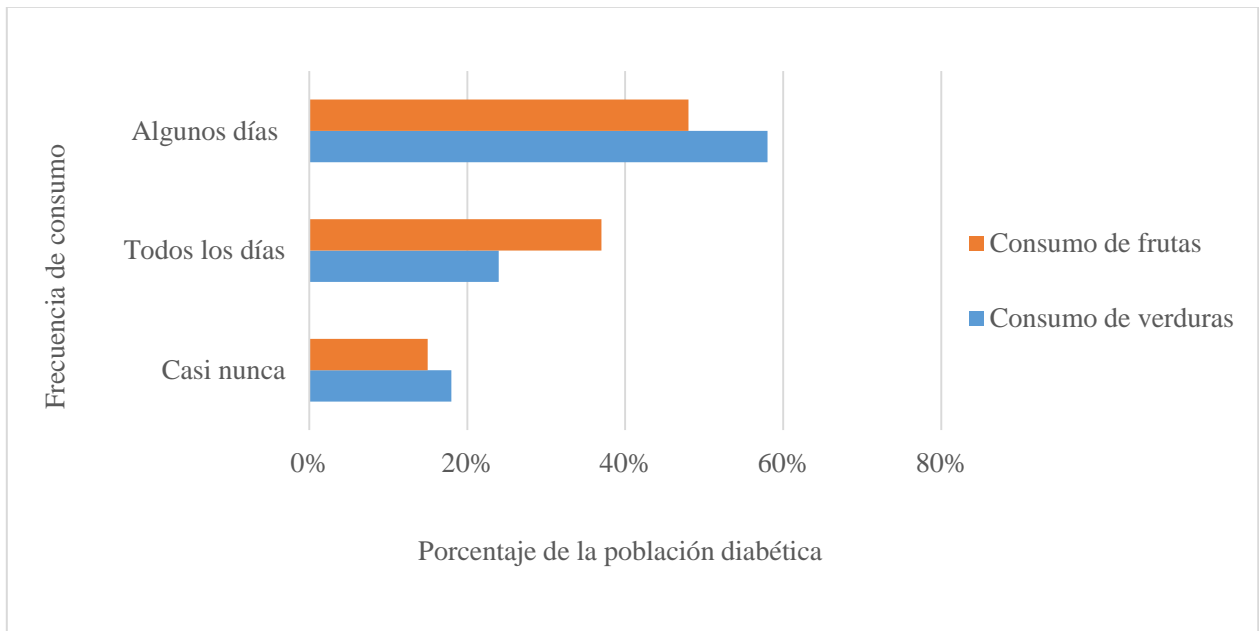
Por otro lado, este mismo centro menciona que no existen suficientes pruebas científicas que determinen que la medicina natural alternativa ayude a la prevención ni al manejo de la Diabetes Mellitus, además el utilizar suplementos dietéticos puede provocar efectos secundarios e incluso podrían interactuar con su tratamiento médico habitual, o aumentar el riesgo de problemas renales (88).

En general, los estudios han revelado que no se ha comprobado la eficacia de productos naturales como tratamiento alternativo, ya que se ha demostrado que la canela, ginseng asiático, ginseng norteamericano, aloe vera, melón amargo, hierbas medicinales chinas, el ajo, la ortiga, la cucaracha., la insulina, entre otras plantas, no producen cambios en el organismo en cuanto a la prevención, tratamiento o al control de las complicaciones de la Diabetes Mellitus.

Gráfico N° 9

Alimentación en la población bajo estudio según consumo de frutas y verduras, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-febrero del 2017.

Según se muestra en los datos anteriores, el 58% de la población consume verduras algunos días, un 24% las consume todos los días, y un 18% casi nunca ingiere verduras, es decir, la mayoría de la población consume regularmente verduras.

Por otro lado, el 48% de la población aduce consumir frutas algunos días, un 37% las consume todos los días, y un 15% casi nunca, dando lugar a que la mayoría de la población diabética consume frutas algunos días.

En este caso, la población diabética no consume frecuentemente verduras y frutas, generalmente, porque la preparación de algunas verduras es un tanto requiere de más tiempo, y en el caso de las frutas, se mantiene la idea que tienen un costo más elevado, y que, por esto, no pueden ser consumidas diariamente. Sin embargo, Costa Rica, semanalmente, se llevan a cabo las ferias del agricultor, donde se consiguen estos alimentos a presiones relativamente bajos.

La población, en general, debe llevar un plan alimentario saludable para prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles; sin embargo, en el caso de personas con Diabetes Mellitus es más por un tema de prevención de complicaciones asociadas, evitando la obesidad y el sobrepeso.

El consumo de verduras y frutas para los individuos que padecen Diabetes Mellitus es significativo, debido a que coayuda a la prevención de complicaciones y al tratamiento de esta patología, teniendo como objetivo el control de los niveles de glucosa en sangre, normalización de los niveles de presión arterial, evitar el aumento de peso y los riesgos asociados (89).

Según la OMS el consumo diario de frutas y verduras debe ser de 400 g para prevenir desmejoras en la salud de esta población, además, fomenta la ingesta de estos como una de las recomendaciones por tener en cuenta al elaborar las políticas y directrices dietéticas nacionales tanto para la población en general como para los individuos diabéticos (90).

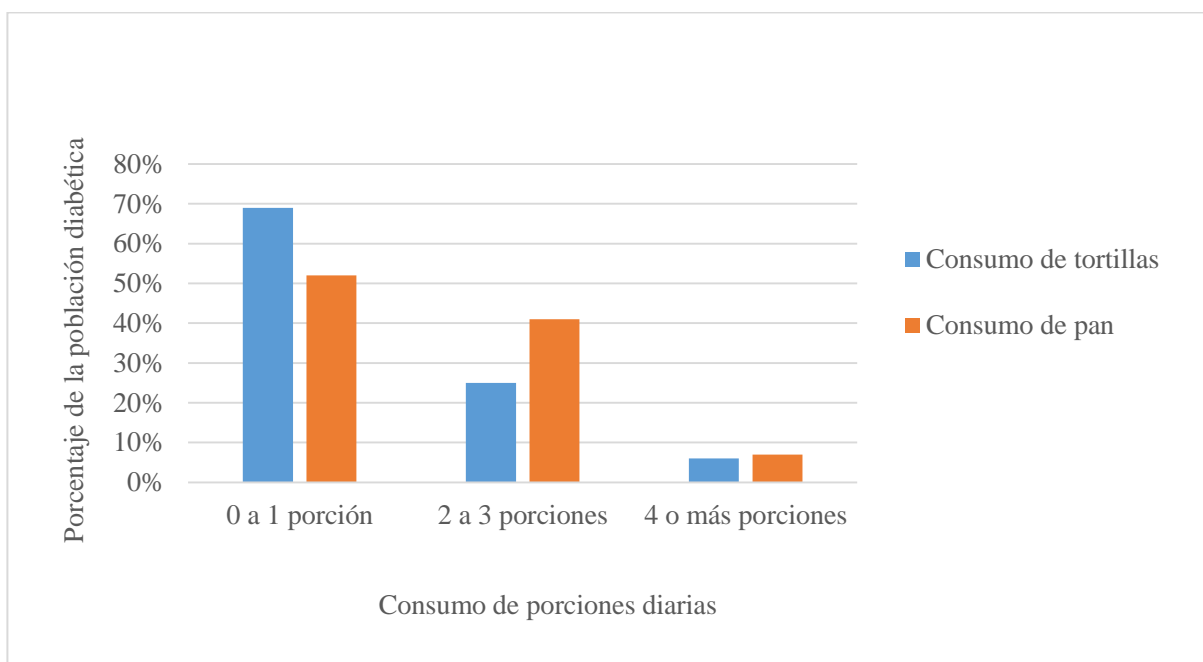
En cuanto a cantidades, se recomienda que se consuman de 1 a 2 frutas diarias en porciones pequeñas, ya que es un alimento saludable, pero de igual forma puede aumentar los niveles de

glucosa, por otro lado, dependiendo de la cantidad de almidón que contengan las verduras, así será el consumo recomendado.

Gráfico N° 10

Alimentación en la población bajo estudio según consumo tortillas y pan, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

Con respecto al consumo de tortillas, el 69% ingiere entre 0 a 1 porción diaria, un 25% entre 2 a 3 porciones, y un 6% consume 4 o más porciones, demostrando que la mayoría de la población diabética come de 0 a 1 porción diaria de tortillas.

Por otro lado, el 52% de los individuos consume de 0 a 1 porción de pan diario, un 41% de 2 a 3 porciones, y un 7% come de 4 a más, dichos resultados concluyen que la mayoría de la población diabética consume de 0 a 1 porción de pan diario.

Es importante tener en cuenta que el maíz se consume principalmente de forma procesada y el principal producto es la tortilla, que es el componente más importante de la alimentación de la población, lo que le convierte en la principal fuente calórica y de otros nutrientes esenciales (91).

Por otro lado, el pan es un carbohidrato que de igual forma brinda energía al organismo, y que cuando este no se consume en su totalidad se convierte en glucosa, y en el caso de una persona diabética los índices elevados de azúcar no se podrían controlar, o se controlan con menos eficacia (92) .

Se debe tomar en consideración que tanto las tortillas, como el pan son alimentos ricos en hidratos de carbono, lo que favorece a que eleven las concentraciones de glucosa en sangre rápidamente, ya que su digestión es veloz, y la glucosa pasa con facilidad al torrente sanguíneo (92).

Murillo S. (92) menciona:

“Así, en la actualidad, la Asociación Americana de Diabetes indica que no existe una cantidad de hidratos de carbono recomendada para el tratamiento de la diabetes tipo 2, siendo autorizadas pautas de alimentación de alto o bajo contenido en hidratos de carbono para el tratamiento de la diabetes. Parece razonable pensar que la cantidad de hidratos de carbono se debe adaptar a cada

persona según sus características personales y especialmente sus niveles de actividad física”.

Lo anterior demuestra que cada persona debe obtener un plan alimenticio, ya que dependiendo a sus actividades, así será lo que debe ingerir. Además que actualmente no existe una cantidad exacta hidratos de carbono que se deben consumir, sin embargo, se enfatiza en su disminución, ya que como se mencionó anteriormente, son de una digestión tan rápida que los niveles de glucosa en sangre pueden aumentar considerablemente si se consumen en exceso.

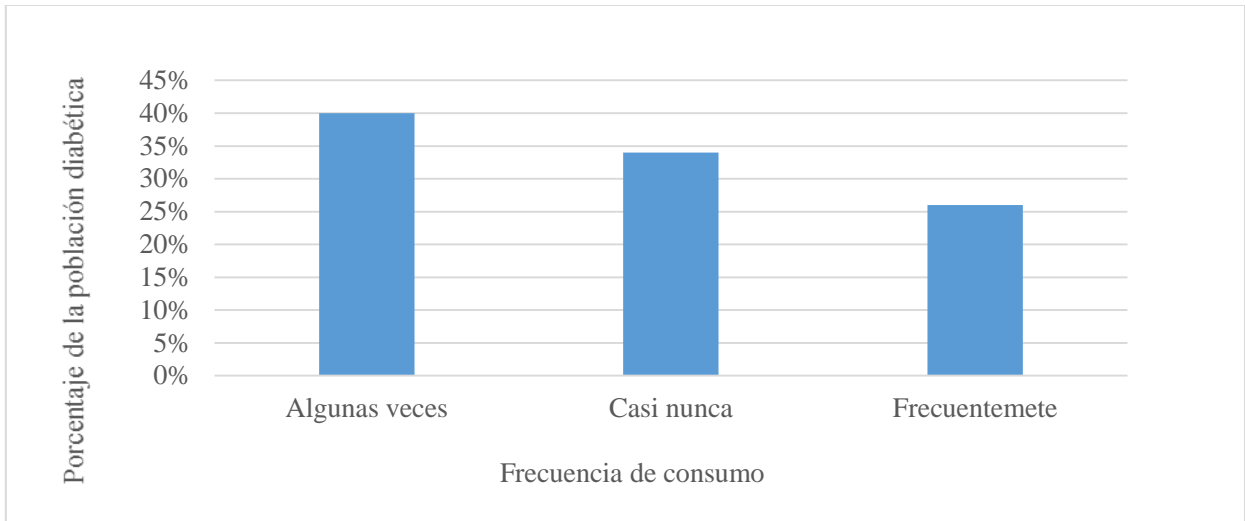
Para Hulbrock E. (91), si la tortilla es grande, debe consumirse solamente una diaria, si es mediana se pueden ingerir dos diarias, pero si son pequeñas, se puede consumir tres tortillas diarias: sin embargo, como se mencionó anteriormente, esto va a depender del estilo de vida de cada persona y de los otros alimentos que lo acompañen.

Con respecto al consumo de pan, pueden ingerirse dos porciones de pan diarios, ya sea de pan blanco o integral, no obstante, al igual que las tortillas, no podrá comer la misma cantidad si lo que se está ingiriendo está acompañado de otros carbohidratos.

Gráfico N° 11

Alimentación en la población bajo estudio según consumo de azúcar en alimentos o bebidas, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

El 40% de la población diabética a la que se le fue aplicado el cuestionario indica que algunas veces le agregan azúcar a sus alimentos o bebidas, un 34% casi nunca le agregan estos componentes, y un 26% consume frecuentemente este elemento.

De lo anterior se desprende que la mayoría de la población prefiere no agregarle azúcar a sus alimentos o bebidas, ya que por un tema social, se les ha enseñado que las personas diabéticas no pueden consumir ningún tipo de azúcar en sus productos comestibles.

Ligada a lo anterior, se debe continuar incitando a que esta población no consuma azúcar en su alimentación, ya que si se tiene una dieta desequilibrada, no realizan ejercicio físico, y hay

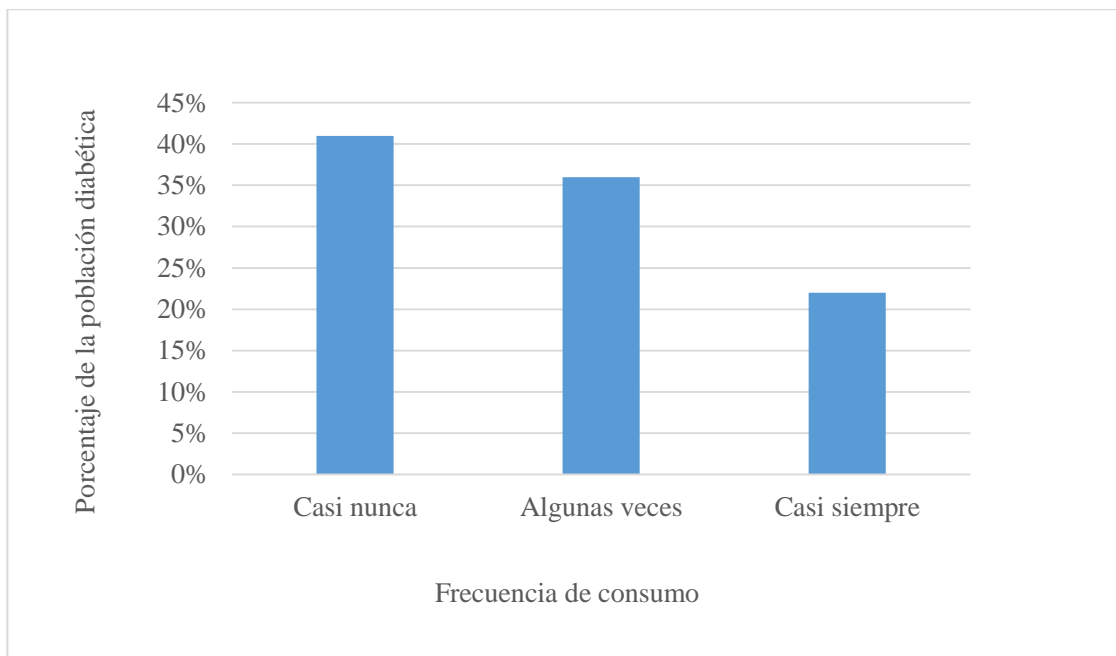
ausencia del cumplimiento farmacológico, sumado al consumo regular o excesivo de azúcar podría ocasionar un descontrol metabólico e hiperglucemias.

Se recomienda que para no agregar este elemento a las bebidas o alimentos, se deben consumir productos dietéticos o edulcorantes artificiales, ya que de este modo estas substancias reducirían la cantidad de hidratos de carbono ingeridos, y con se moderarían los niveles de glucosa en sangre (92).

Gráfico N° 12

Alimentación en la población bajo estudio según seguimiento de dieta especial, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

Según se detalla, el 41% de la población casi nunca realiza una dieta especial para tratar la Diabetes Mellitus, un 36% algunas veces la lleva a cabo, y un 22% casi siempre sigue una dieta especial.

La mayoría de la población diabética casi nunca sigue una dieta especial para tratar esta patología, debido a falta de información sobre los tipos de alimentos que deben consumir, además que indican que tanto adquirir como seguir un plan alimenticio es un gasto extra a las compras mensuales de productos alimenticios que realizan, por lo tanto es difícil costearlo.

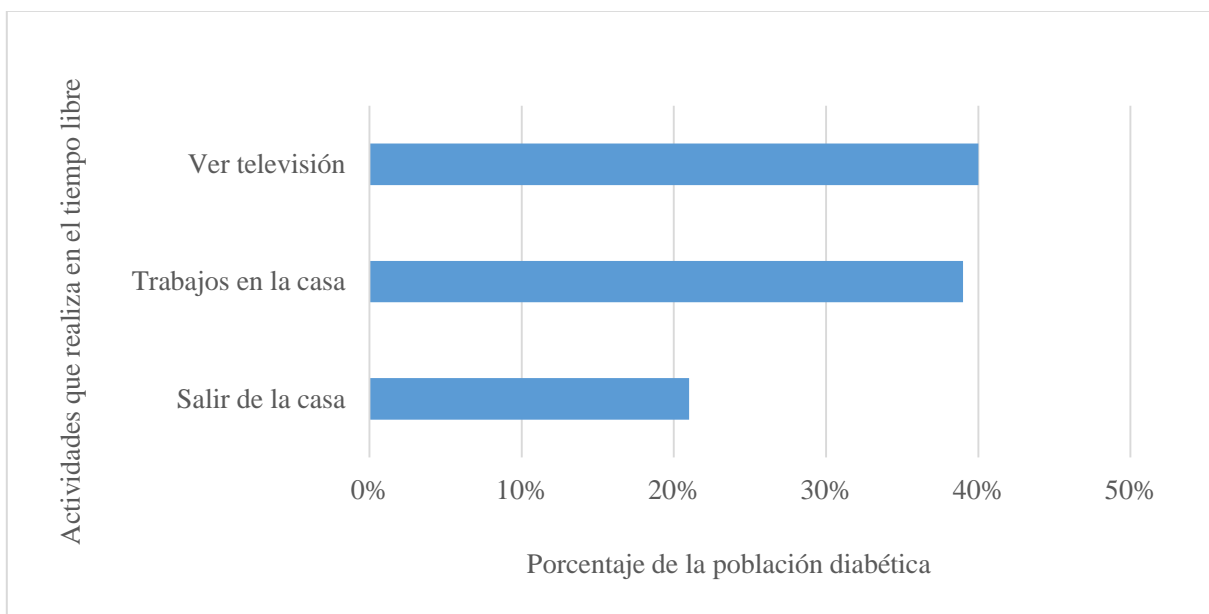
Sin embargo, muchos teóricos insisten que en una persona con Diabetes Mellitus, el seguir un plan alimentario, acompañado de actividad física, y un tratamiento farmacológico adecuado, puede ayudar a la persona a sobrellevar la enfermedad, y vivir con ella por muchos años sin adquirir a corto plazo complicaciones asociadas.

Gómez C. y Palma S. (93) señalan, *“La dieta en los pacientes tipo 2 tiene una importancia fundamental, encaminada no sólo al control de la hiperglucemia, sino también al control del peso y de los factores de riesgo frecuentemente asociados. El cambio en el estilo de vida en estos pacientes adquiere gran relevancia”*, lo anterior se enfoca para todos los tipos de Diabetes Mellitus, ya que se debe enfatizar en la necesidad que tiene esta población en realizar cambios en su estilo alimenticio para mejorar su calidad de vida.

Gráfico N° 13

Actividad física en la población bajo estudio según actividades que realiza en el tiempo libre, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

En el caso de las actividades que realiza la población diabética en el tiempo libre, el 40% indica que ve televisión, un 39% realiza actividades en la casa, y un 21% sale de su casa en su espacio de ocio.

Los resultados muestran que la población diabética prefiere no realizar ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, es decir, se dedican a ver televisión (aunque esta es una actividad física en su tiempo libre, es decir, se dedican a ver televisión (aunque esta es una actividad, no involucra movimiento por parte del individuo). Esto debido a que mucha de esta población ya presenta complicaciones asociadas a esta enfermedad, como inmovilidad o

amputación de sus extremidades inferiores, dificultades visuales que les impiden salir a realizar otras actividades.

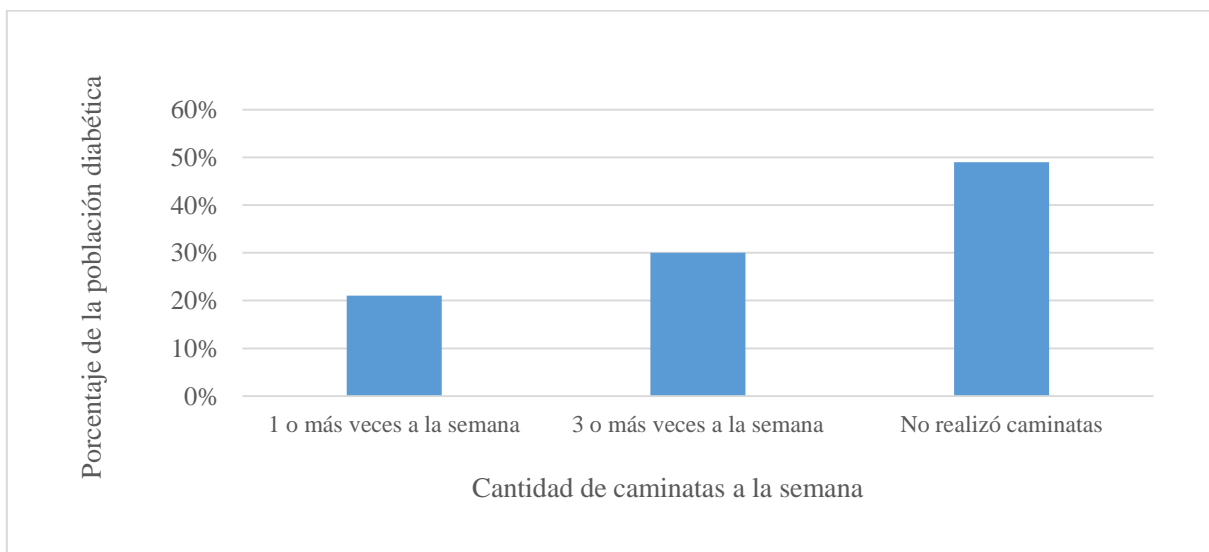
Se sugiere que al no realizar actividades físicas que favorezcan la movilidad, se podría llegar al sobrepeso, y a la obesidad, dando cabida a hipo o hiperglucemias, retinopatías, síndrome del pie diabético, entre otras complicaciones (94).

Además de que cualquier tipo de movimiento físico que se realice contribuye a la rápida eliminación de glucosa por parte de los músculos, ya que existe un alto consumo de glucosa al ejercitarse.

Gráfico N° 14

Frecuencia de actividad física en la población bajo estudio según caminatas de 10 o más minutos semanales, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

Como se indica anteriormente, el 49% de la población diabética no realiza caminatas por 10 o más minutos a la semana, un 30% indica realizar esta actividad 3 o más veces a la semana, y un 21% indica llevar a cabo caminatas 1 o más veces a la semana.

De lo anterior se desprende que la mayoría de la población con Diabetes Mellitus no realiza caminatas por 10 más minutos a la semana, demostrando que prefieren llevar una vida sedentaria, al no realizar ejercicio físico.

Para Arabia M. Suárez R. y Tróchez M. (95) los niveles de glucosa en sangre disminuirían de un 10% a un 20% si se realiza algún tipo de actividad física de 30 a 60 minutos diarios, provocando que incrementen los beneficios en la salud para la población diabética, sin embargo, se debe tomar en consideración las patologías que tenga el individuo a fondo, y el plan nutricional que lleve, y a partir de eso crear una rutina de ejercicios.

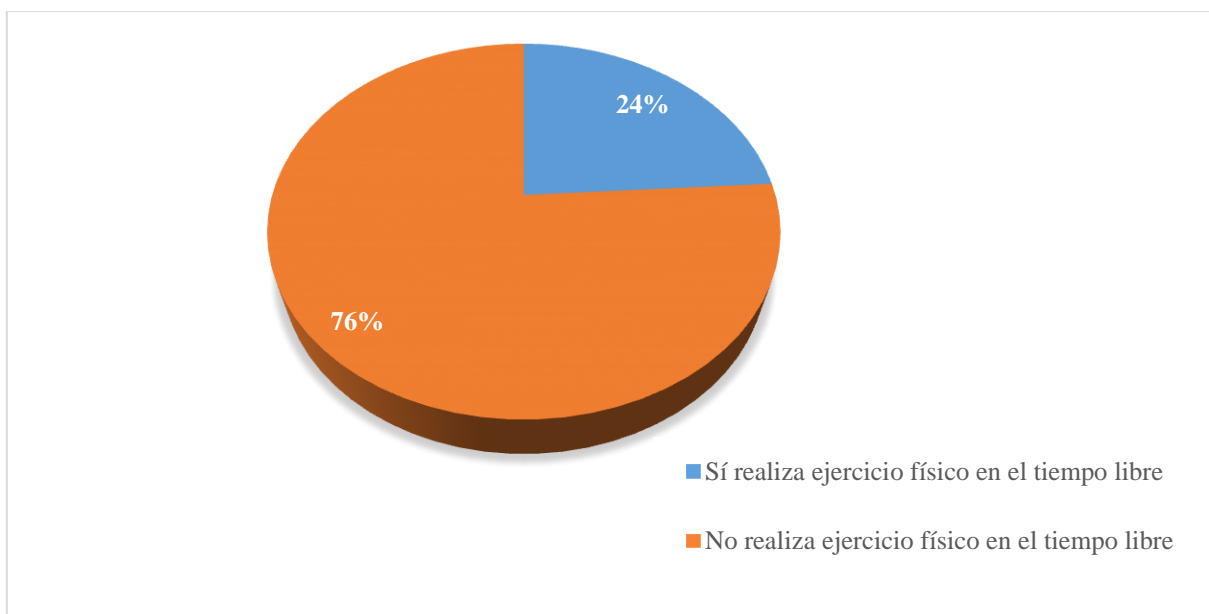
Al realizar ejercicio no solo ayuda a disminuir los niveles de glucosa, sino también a disminuir los niveles de sodio, y lípidos que se encuentren acumulados en el organismo, colaborando a la reducción del riesgo de enfermedades coronarias, y eventos cerebrovasculares.

En detalle, el realizar diferentes actividades físicas mantiene un control glucémico equilibrado, reducen los factores de riesgo cardiovascular, mejoran la condición física, contribuyen con la pérdida y mantenimiento del peso y mejoran la calidad de vida, reduciendo la mortalidad y tienen beneficios en casi todos los sistemas (95).

Gráfico N° 15

Actividad física en la población bajo estudio según ejercicio físico en el tiempo libre, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Recolección de datos por medio del cuestionario aplicado a la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

Como se muestra en el gráfico, el 76% de la población no realiza ningún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre, y un 24% sí realiza algún tipo de actividad física.

A pesar de que la comunidad de Tres Ríos cuenta con lugares específicos para realizar ejercicio físico, como el polideportivo y el gimnasio municipal, además de realizar aeróbicos en el centro de la localidad, para que la población en general asista, sigue siendo mayoría los individuos diabéticos que no realizan ejercicio físico.

Dentro de las principales razones por las que esta población no realiza ejercicio físico es la falta de tiempo y el desinterés, ya que para realizar estas actividades se requiere de tiempo, y

cuando se trabaja, este es limitado. Además, esta población percibe que pierde el tiempo realizando ejercicio, pudiendo realizar otras actividades más beneficiosas para ellos.

Por otro lado, la Diabetes Mellitus al presentarse en su mayoría en personas mayores de 60 años, suelen desarrollarse limitaciones de la movilidad física y audiovisual principalmente (80), esto debido a que ya existe la aparición de complicaciones, lo que no les permite salir a ejercitarse, y prefieren la comodidad de su hogar.

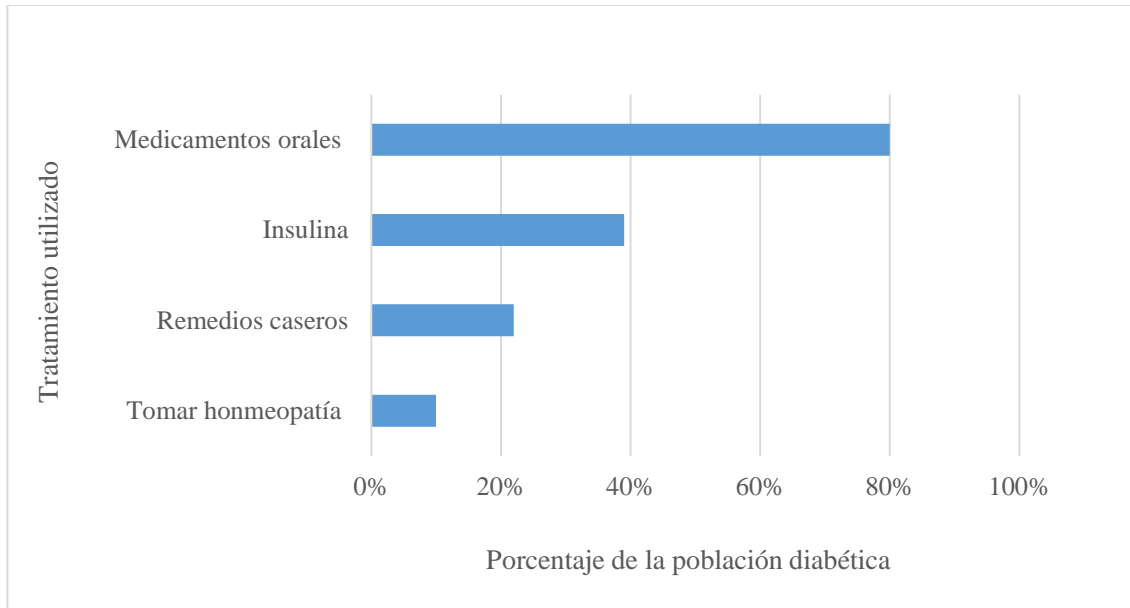
Sin embargo, dentro de cada hogar se pueden realizar actividades que permitan la actividad física, desfavoreciendo el sedentarismo, ya que el ser adultos mayores, no quiere decir que no puedan realizar ningún tipo de actividad, sino por el contrario, es cuanto más les favorece para conllevar un estilo de vida saludable, y así prevenir la aparición de otro tipo de enfermedades no trasmisibles.

Novials S. (96) cita que el ejercicio físico es la única medida no farmacológica que es capaz de reducir la resistencia del músculo a la acción de la insulina, además de que esta actividad es uno de los pies del trípode que, junto con la dieta y la medicación, debe sustentar un correcto tratamiento para la Diabetes Mellitus.

Gráfico N° 16

Tratamiento médico en la población bajo estudio según método curativo utilizado para tratar la Diabetes Mellitus, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión.

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

Con respecto a lo anterior, en una de las preguntas de respuesta múltiple realizada en el cuestionario dirigido a la población diabética se deduce que el 80% consume medicamentos orales como método de tratamiento, un 39% utiliza insulina, el 22% ingiere remedios caseros como método de tratamiento, un 10% consume alguna receta homeopática para tratar la Diabetes Mellitus.

Según la información anterior, la mayoría de la población consume medicamentos orales como parte del tratamiento de la Diabetes Mellitus, lo que es relativamente tranquilizante, ya

que consumen algún tipo de fármaco para sobrellevar la enfermedad, y en su momento podría disminuir el riesgo de complicaciones.

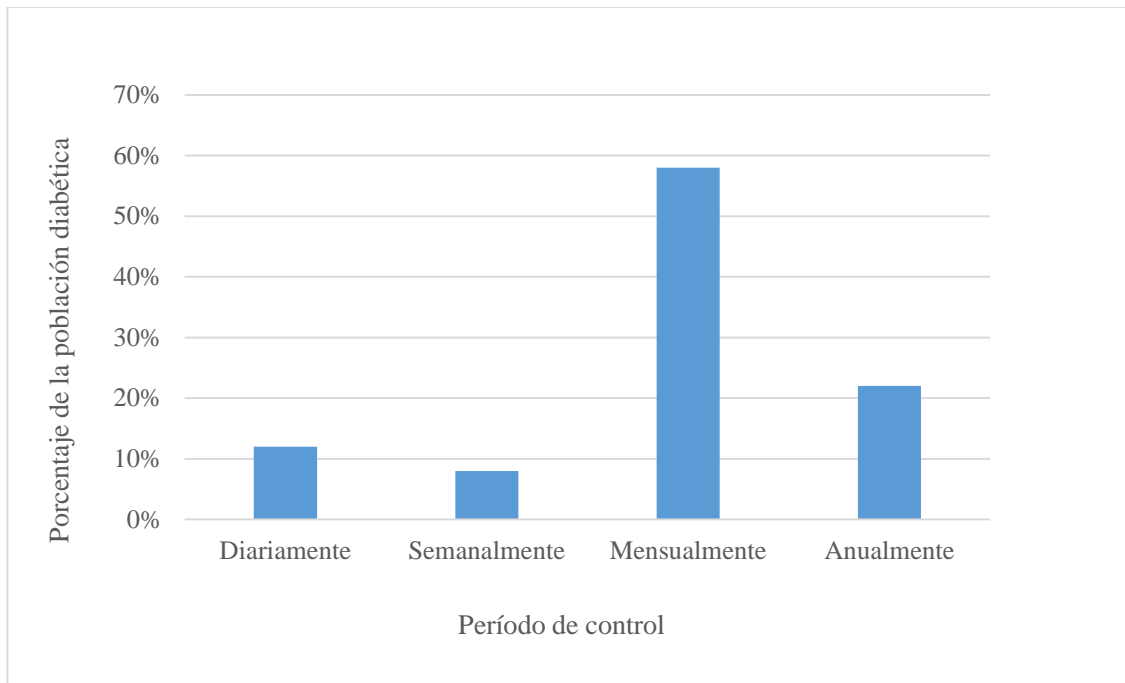
Para la OMS (97) el tratamiento farmacológico basado en medicamentos orales y la aplicación de insulina, permite disminuir las concentraciones sanguíneas de glucosa a los límites normales para aliviar los signos y síntomas, así como prevenir la aparición de complicaciones, ya que al no tratarse medicamentosamente, los riesgos de desarrollar graves enfermedades aumenta, dándose aquí la importancia de ingerir fármacos y seguir indicaciones médicas.

Actualmente, no se afirma la eficacia del uso de medicina alternativa como método de tratamiento, por lo que llama la atención como esta población consume este tipo de sustancia para dar alivio a su patología. Se menciona que el uso de estas técnicas podría desfavorecer el tratamiento farmacológico utilizado, sin embargo, la población diabética insiste en que solamente lo consumen como un método extra para tratar la Diabetes Mellitus.

Gráfico N° 17

Tratamiento médico en la población bajo estudio según periodo de control clínico de la Diabetes Mellitus, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

El 58% de la población diabética de la comunidad del distrito de Tres Ríos menciona que su control clínico lo lleva a cabo mensualmente, un 22% anualmente, y un 12% diariamente, lo que desglose que estos individuos cuidan su salud asistiendo a controles médicos mensualmente.

Sin embargo, según diferentes factores como el tipo de diabetes que se padezca, enfermedades asociadas, y la aparición de complicaciones, dependerá el control que deba llevar la persona

con Diabetes Mellitus, ya que según gravedad, y el nivel de atención al que se envíe el individuo, serán las visitas recomendadas.

Al asistir a consulta médica, se garantiza que esta población se realice diferentes exámenes sanguíneos para determinar los niveles de glucosa en sangre, además de la educación que se les puede brindar en cuanto al tratamiento farmacológico, alimentación y ejercicio, siendo esto de gran valor para que los individuos diabéticos logren mantener un estado de salud adecuado (98).

Además, según la información anterior el control que realizan es al menos suficiente para detectar complicaciones a tiempo, sin embargo, un 22% realiza sus chequeos anualmente, lo que podría traducirse en graves complicaciones, tornando a que su salud se deteriore rápidamente.

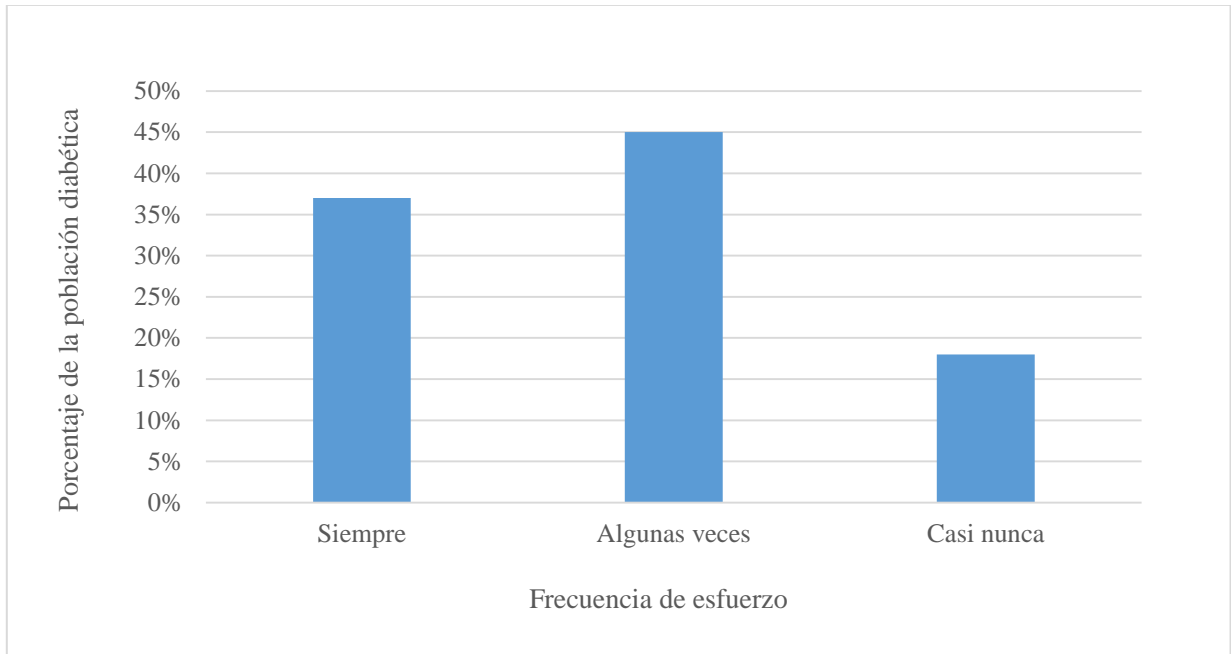
Para la American Diabetes Association (99) el control de citas médicas debe realizarse con una frecuencia de cuatro o más veces al año cuando se utiliza insulina o está teniendo alguna dificultad para controlar el nivel de glucosa, mientras que las visitas de tres o menos veces al año se realizan cuando los niveles de glucosa y el estado en general permanecen estables.

Llevar un control médico regular favorece a que se tenga un monitoreo constante de los niveles de glucosa en la sangre, además de detectar a tiempo futuras enfermedades o complicaciones asociadas, pudiendo alargar la esperanza de vida en esta población.

Gráfico N° 18

Tratamiento médico en la población bajo estudio según frecuencia para mantener controlada la Diabetes Mellitus, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión

(Enero-Febrero del 2017)



Fuente: Elaboración propia, Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017.

El 45% de la población diabética algunas veces mantienen un esfuerzo por mantener controlada su patología, un 27% siempre controla su Diabetes Mellitus, y un 18% casi nunca se esfuerza por cuidar su enfermedad.

Dentro del control que debe seguir la población diabética para equiparar las complicaciones de la Diabetes Mellitus se encuentra una alimentación adecuada, actividad física diaria, y el consumo del tratamiento farmacológico indicado, sin embargo, estos individuos no muestran

interés por llevar la triada del tratamiento, ya que en muchas ocasiones solamente consumen los fármacos sugeridos, y descuidan su alimentación, además, de no realizar ejercicio físico.

Es esencial que la población diabética lleve a cabalidad la triada del tratamiento para la Diabetes Mellitus, con esto se lograría mantener los niveles de glucosa estable, y el riesgo de adquirir enfermedades como hipertensión arterial, retinopatías, lesiones a nivel cutáneo, entre otros, disminuiría considerablemente.

Gil L. et al (100) menciona que para que se lleve una excelente calidad de vida en las personas diabéticas deben realizar cambios en el estilo de vida, realizar actividad física, como parte del tratamiento noble, y que el consumo con horario estricto favorece la disminución de complicaciones.

Además, se debe considerar que por un tema social mucha de esta población decide no acatar órdenes médicas, ya que consideran que con consumir fármacos para la Diabetes Mellitus es suficiente, sin embargo, una de las mejores formas de tratamiento no farmacológico es la actividad física y la alimentación saludable libre de hidratos de carbono, y azúcares.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Según la aplicación del cuestionario a la población diabética de 20 a 80 años de edad en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, se llegan a las siguientes conclusiones:

- Los factores personales en la población diabética de 20 a 80 años, que influyen en el cuidado de la salud en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión son los factores sociodemográficos y los educacionales.
- En la caracterización de los factores personales de la población diabética de 20 a 80 años se puede encontrar: los antecedentes patológicos personales, éstos detallan que además de padecer de Diabetes Mellitus, un 49% presenta como enfermedad asociada la hipertensión arterial. Por otro lado, los antecedentes patológicos familiares muestran que un 92% de la población tiene antecedente de Diabetes Mellitus, y un 73% tiene algún miembro de su familia con Hipertensión Arterial.
- Los ámbitos sociodemográficos encontrados fueron los siguientes: el rango de edad predominante fue el de mayor a 60 años, del sexo femenino, en un estado civil como casado, un 54% de la población diabética no trabaja, y del 46% de la población que si lo hace, un 61% recibe un salario inferior de 294 000 colones, siendo este el salario base mínimo en Costa Rica.
- En los factores culturales se encontraron los siguientes datos: el 96% de la población diabética pertenece al grupo racial blanco-mestizo, la religión predominante se encuentra la católica, y 73% de la población aduce consumir alguna bebida de origen natural para tratar aparte de la diabetes, otras patologías no transmisibles o contagiosas.
- En los factores educacionales se encontró que el 36% de la población, solamente había concluido la primaria.

- La alimentación que lleva la comunidad diabética de esta comunidad es equilibrada, ya que un 58% de la población consume algunos días a la semana verduras, y un 48% de los individuos come frutas algunos días; sin embargo, el consumo de ambas no es frecuente. En cuanto al consumo de tortillas y pan, lo realizan de 0 a 1 porción diaria, indicando que el consumo de hidratos de carbono es frecuente, pero en pocas cantidades.
- El 40% de la población diabética indica que le agrega algunas veces azúcar a sus alimentos y bebidas, un 34% casi nunca le agrega, y un 26% consume frecuentemente este elemento.
- Esta población casi nunca realiza ninguna dieta especial para tratar la Diabetes Mellitus, indicándose con un 41%, mientras que el 36% algunas veces llevan a cabo algunas veces un plan alimentario específico.
- En el caso de las actividades que realiza esta población en el tiempo libre mencionan: un 40% indica que ve televisión, un 39% realiza actividades en la casa, y un 21% sale de su caso en su tiempo libre.
- Según las caminatas realizadas por más de 10 minutos, el 49% de esta población no realiza caminatas, y un 30% indica realizar esta actividad 3 o más veces a la semana, mientras que un 30% lo ejecuto 1 o más veces a la semana.
- El 76% de la población diabética manifiesta que no realiza ningún tipo de ejercicio físico, mientras que un 24% afirma que lo realiza.
- Según el tratamiento medicamentoso, la mayoría de la población diabética utiliza medicamentos orales e insulina para tratar la Diabetes Mellitus.
- Un 58% de la población asiste a consulta médica mensualmente para chequear los niveles de azúcar en sangre.

- Según las estadísticas, un 45% describe que solamente algunas veces realizar un esfuerzo por mantener controlada la Diabetes Mellitus, y un 27% siempre se mantiene en control, finalmente el 18% casi nunca se esfuerza por controlar su patología.
- En cuanto a los resultados obtenidos y relacionándolo con una de las teorías de Dorothea Orem, se deduce que esta población realiza su autocuidado vagamente, ya que no cumplen con la triada del tratamiento para la Diabetes Mellitus, porque existen factores personales que intervienen en que estos lo realicen correctamente. Dado que la Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica degenerativa, se necesita que esta población practique el autocuidado como una actividad diaria.
- Por otro lado, siendo la teoría del déficit autocuidado el núcleo central de las teorías de Orem, se induce que la población bajo estudio presenta un déficit en su autocuidado, ya que según los resultados la Diabetes Mellitus se presenta en su mayoría en personas mayores de 60 años, con otras patologías degenerativas asociadas y algunas limitaciones físicas, descuidan en cierta forma su propio cuidado, por lo que esta población requiere en ocasiones de los cuidados de enfermería o de sus familiares, ya que al ser adultos mayores, alguno de ellos no puede auto cuidarse.
- En cuanto a la teoría de sistemas para enfermeros, debe reforzarse la secuencia de acciones prácticas que se llevan a cabo por parte del personal de enfermería en cuanto a la atención que se les brinda, para que los individuos diabéticos puedan adquirir una actitud responsable ante el autocuidado.
- Para enfermería es fundamental participar en el cuidado de la salud y la vida de las personas con padecimientos crónico-degenerativos, donde se contribuya a mejorar la

calidad de vida mediante información, educación y atención directa de personas afectadas por la enfermedad.

5.2 RECOMENDACIONES

- Efectuar ferias de salud por parte del Centro de Salud de La Unión dirigidas a la población diabética, donde se analicen los parámetros de glucosa en sangre, talla y peso, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, para detectar a tiempo factores de riesgos que puedan llegar a graves complicaciones.
- El Centro de Salud de La Unión debe capacitar al personal de salud de la comunidad para que detecten patrones de riesgo personales que puedan favorecer a la aparición de complicaciones que favorezcan una muerte prematura en esta población.
- Realizar charlas, panfletos, anuncios, entre otros, por parte del personal de salud del Centro de Salud de La Unión sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico que deben llegar las personas con Diabetes Mellitus, donde se les hable más a fondo sobre la importancia de la alimentación saludable y actividad física diaria.
- Crear diferentes centros de apoyo en el distrito de Tres Ríos, donde asistan las personas diabéticas, para que sientan un soporte emocional, y tengan la facilidad de intercambiar vivencias sobre la Diabetes Mellitus con otras personas.
- Por parte de los centros de salud se deben realizar mejoras en cuanto a la educación que se le brinda a la población diabética, incentivando y animando en cada consulta para que en las siguientes citas estos individuos tengan entusiasmo por presentarse al centro de salud, además de que no vean a esta patología como un sinónimo de muerte.
- Permitir el acceso a toda la población diabética de un especialista en nutrición, donde colabore en la elaboración de dietas personalizadas para cada individuo, para que no vean la alimentación como algo fuera de lo común o costoso.

- En la comunidad de Tres Ríos existen sitios donde se puede realizar actividad física, sin embargo, no son del todo seguros, por lo que precisaría de mayor seguridad en la comunidad para que la población realice ejercicio físico.
- Promover los grupos organizados encargados de realizar actividades físicas, enfatizando en que dichas acciones deben estar enfocadas a toda la población en general, incluyendo a aquellas que tengan algún tipo de limitación física, o algún inconveniente de la movilidad.
- La población diabética requiere de motivación, conocimiento, y del planeamiento de diversas habilidades por parte del personal de salud de Tres Ríos, principalmente del área de enfermería, para que estos por medio de la educación permitan que las personas diabéticas logren cuidar de sí mismos, logrando visualizar el autocuidado como un hábito, de esta forma se lograría la promoción de la salud y el bienestar de los mismos. La educación es el pilar fundamental para el tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus.
- Según la Oferta Básica de Servicios que ofrece la C.C.S.S en el primer nivel de atención a las personas con Diabetes mellitus, en su primera cita, se les debe valorar la historia y la exploración física (talla, peso, IMC, medición de la cintura, toma de presión arterial, buscar complicaciones crónicas, inspección de pies), determinaciones bioquímicas (glucemia, HbA1C, triglicéridos, colesterol, LDL y HDL, creatinina plasmática y microalbuminuria), comienzo del programa de educación, consejo dietético y enseñar la técnica de autocontrol. Posteriormente, cada tres meses se debe continuar con programa de educación, toma de IMC y medición de la cintura, toma de presión arterial, valoración glicemia en ayunas o dos horas postprandial e inspección de pies. A los seis meses se continúa con el programa de educación, valoración de HbA1C, además de evaluar los resultados del análisis de lípidos. Anualmente se debe realizar una exploración completa y

valoración de las determinaciones bioquímicas, comprobar la técnica del autocontrol, solicitar la remisión a un especialista si no se lograron los resultados esperados y evaluar el conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad.

- Esta investigación será donada al centro de salud de Tres Ríos, para que el personal de enfermería de esta localidad pueda obtener como guía la misma, para mejorar la detección de factores personales que intervienen en el cuidado de la salud de la población bajo estudio, y que, de esta forma, pueda prevenirse a corto plazo la aparición de complicaciones asociadas. Además, de que este trabajo favorecerá a mejorar la atención y la educación que se le brinda al paciente diabético.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. López Ramón C, García Á, Isabel M. “Diabetes Mellitus hacia una perspectiva social”. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 16 de septiembre de 2016];39(2):331-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662013000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Duque TNH, Henao MVA, Cardona MM. “Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio: la visión del cuidador familiar”. Investig Educ En Enferm [Internet]. 2011 [citado 16 de septiembre de 2016];29(2):194-203. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734140>
3. Terechenko N., Zamonsky J., Baute A. “Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II”. Bio Med [Internet] 2015 [citado el 16 de setiembre del 2016]; 10(1):20-33. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
4. Maldonado M., Vargar J., Ledezma E., Holguín M., Martínez A., Fragoso L. “Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad” Rev Salud Pública [Internet]. 2013[citado el 16 de setiembre del 2016]; 15(319): 478-485. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a14.pdf>
5. Diaz A, Marquéz C, Sabino S. “Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2” Arch Med Fam. [Internet]. 2006 [citado el 16 de setiembre del 2016]; 9(2):99-107. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf>

6. Martínez BB, Loaíza MJB, Aguilar M del R, Navarro M de JDLC, Delgado MG, Ontiveros SU, et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su auto cuidado”. *Enferm Glob* [Internet]. 2008 [citado 16 de septiembre de 2016];7(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14691>

7. Quirós-Morales D, Villalobos-Pérez A. “Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica”. *Univ Psychol* [Internet]. 2007;6 (3). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300017

8. Masís PS. “Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica” *An En Gerontol* [Internet]. 2011 [citado 24 de septiembre de 2016];6(6):99-112. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8874>

9. Organización Mundial de la Salud (2016). “Informe mundial sobre la diabetes”. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1. Citado el: 6 de octubre de 2016.

10. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. “La Diabetes Mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. [Internet]. 2006. [citado el 5 de octubre del 2016]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S021391110671562X/1-s2.0-S021391110671562X-main.pdf?_tid=fcd1fba8-8c18-11e6-be5a-00000aacb362&acdnat=1475795143_650ed598ef38b302de59df02c02c5f94

11. Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (2015). “Situación de la Diabetes”. Recuperado de: http://www.paho.org/world-health-day/?page_id=7929&lang=es. [7 de octubre del 2016].
12. Gobierno de España; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y Gobierno Vasco. “Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2”. 2008[Internet]. [citado 7 de octubre de 2016]. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf
13. Diabetes Mellitus: Como enfermedad generadora de discapacidad [Internet]. [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/diabetes_mellitus.pdf
14. Historia de la Diabetes Mellitus: Cronología [Internet]. [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: http://articulos.sld.cu/diabetes/files/2009/07/cronologia_de_la_diabetes_mellitus.pdf
15. Sanchez Rivero G. HISTORIA DE LA DIABETES. Gac Médica Boliv [Internet]. 2007 [citado 19 de junio de 2017];30(2):74-8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662007000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. OMS | Diabetes [Internet]. WHO. [citado 24 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
17. Federación Internacional de Diabetes. «Atlas Diabetes» [Internet]. [citado 24 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas7e-poster.pdf>

18. Mora-Morales E. Estado actual de la Diabetes Mellitus en el mundo. Acta Médica Costarric [Internet]. junio de 2014 [citado 16 de febrero de 2017];56(2):44-6. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022014000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Americas 2013-2019 [Internet]. [citado 11 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31439&lang=es
20. OMS | Enfermedades no transmisibles [Internet]. WHO. [citado 17 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
21. Análisis epidemiológico de la Diabetes Mellitus [Internet]. [citado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/590/art1.pdf>
22. Epidemiología de la diabetes en Costa Rica [Internet]. [citado 16 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/26-2-4-sem1.pdf>
23. Ministerio de Salud. «Análisis de la situación de salud Costa Rica» [Internet]. [citado 24 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
24. Analisis epidemiológico de la Diabetes Mellitus [Internet]. [citado 15 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-prepara-fuerte-arremetida-contr-la-diabetes>

25. DPI_memoria_institucional_2015.pdf [Internet]. [citado 8 de marzo de 2017]. Disponible en:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/DPI/2016/DPI_memoria_institucional_2015.pdf

26. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 15 de febrero de 2017].

Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ticos-pierden-en-promedio-13-2-anos-de-vida-por-diabetes>

27. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 15 de febrero de 2017].

Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?urge-prevenir-y-mantener-bajo-control-la-diabetes>

28. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 15 de febrero de 2017].

Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?diabetes-cada-vez-causa-mas-declaratorias-de-invalidez>

29. Córdova-Villalobos JÁ, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública México [Internet]. octubre de 2008 [citado 18 de febrero de 2017];50(5):419-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

30. PAHO/WHO. OPS OMS | Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado

18 de febrero de 2017]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1543%3A2012-integrated-disease-management&catid=1415%3Aintegrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es

31. Saladin K. Anatomía y fisiología, la unidad entre forma y función. [Internet]. Sexta edición. McGraw-Hill; 2013. 978 p. Disponible en: <http://201.195.87.22:2222/onlinepdfjs/view.aspx>

32. Martini F, Timmons M, Tallitsch R. Anatomía humana. Sexta edición. España: Pearson; 2009. 685 p.

33. Marieb E. Anatomía y Fisiología Humana. Novena edición. España: Pearson; 2008. 326-328 p.

34. Fox S. Fisiología Humana. Decimotercera. Mexico: McGraw-Hill; 2014. 346-348 p.

35. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica. cuarta. Vol. 2. Pearson; 2009. 362-366 p.

36. ¿Qué es la diabetes? [Internet]. International Diabetes Federation. [citado 24 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>

37. Lerman I. Atención Integral Del Paciente Diabético. Cuarta Edición. Mexico: McGraw-Hill; 2013. 217-300 p.

38. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HTiXnHN>
39. Pérez R. “Gestión de recursos laborales, formativos y análisis de puestos de trabajo para la inserción sociolaboral de personas con discapacidad”. [internet]. Logroño;Tutor Formación; 2014 Jun. [citado el 29 de setiembre de 2016]; Disponible desde:
40. Quiles Y., Qules M. “Promoción de la Salud: Experiencias Prácticas”. [internet]. España; Universidad Miguel Hernández de Elche; 2015 Dic. [citado el 30 de setiembre del 2016]; Disponible desde:
41. ASALE R-. demografía [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 25 de enero de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=C9n3LUX>
42. Guzmán-Miranda DCO, Caballero-Rodríguez DCT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago [Internet]. 29 de octubre de 2015 [citado 1 de octubre de 2016];0(128):336-50. Disponible en: <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/164>
43. Factores sociodemográficos y familiares que influyen en la actitud del adulto mayor en relación a la ocupación del tiempo libre, controlados en el consultorio Puerto Varas [Internet]. [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/2/Puerto%20Montt%202003/Ocupacion_del_tiempo_libre.pdf

44. Backhoff E, Bouzas A, Contreras C, García M. Factores escolares y aprendizaje en México. El caso de la educación básica. [Internet]. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación; Disponible en: file:///C:/Users/Line/Downloads/factores_escolares_aprendizaje_mexico.pdf
45. Nations U. Panorama Social de América Latina 2004. United Nations Publications; 2005. 404 p.
46. UNISDR - Regional Office The Americas [Internet]. [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://eird.org/americas/we/view.html#23875>
47. Preescolar | Ministerio de Educación Pública [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.mep.go.cr/oferta-educativa/preescolar>
48. Tabloski P. Enfermería gerontológica [Internet]. Segunda edición. Pearson; 2010. 95-97 p. Disponible en: <https://www.biblionline.pearson.com/Pages/BookRead.aspx>
49. Salgado J. Abordaje De La Cultura Desde La Investigación En Contabilidad: Posibilidad... junio de 2016;24(1):103-18. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=44546709-c31f-4e2d-a7c9-b9fb4a298d81%40sessionmgr101&vid=5&hid=114>
50. López J, Suárez A. Diversidad De Creencias, Devociones Y Prácticas Religiosas En Los Asentamie... 2016;36(1):103-27. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=09f4ae46-609f-4c78-a66e-b37c7474d062%40sessionmgr4007&vid=4&hid=4213>

51. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=7yAIEAZ>
52. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BJRxYpP>
53. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=4DIocUF>
54. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BFjKKC5>
55. OMS | Constitución de la OMS: principios [Internet]. WHO. [citado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
56. ASALE R-. cuidado [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BblVWJS>
57. Política Nacional de Salud «Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier» [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file>

58. OMS | Alimentación sana [Internet]. WHO. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

59. Bolet M, Socarrás M. Alimentación adecuada para mejorar la salud y evitar enfermedades crónicas. 26(2):321-9. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6bd758ec-3cc9-41d0-bf45-0d9cafc30b52%40sessionmgr105&vid=4&hid=114>

60. Plan Nacional de Actividad Física y Salud [Internet]. [citado 25 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1164-plan-nacional-de-actividad-fisica-y-salud-2011-2021/file>

61. OMS | Actividad física [Internet]. WHO. [citado 25 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

62. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=aWzrvDX>

63. Adams M, Holland N, Bostwich P. Farmacología para enfermería, un enfoque fisiopatológico. [Internet]. Segunda Edición. Pearson; 2009. Disponible en: <https://www.biblionline.pearson.com/Pages/BookRead.aspx>

64. Ruiz García E, Latorre López LI, Delgado Ramírez A, Crespo Montero R, Sánchez Laguna JL. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. (Spanish). Adherence Hemodial Patients Pharmacol Treat Engl [Internet]. julio de 2016 [citado 26 de

octubre de 2016];19(3):232-41. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118570111&lang=es&site=eds-live>

65. Teorías de enfermería: Importancia de la correcta aplicación de los conceptos [Internet]. [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17e02.pdf>

66. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2011. 818 p.

67. Explorando la teoría general de enfermería Orem [Internet]. [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

68. Autocuidado, Elemento Esencial en la práctica de enfermería [Internet]. [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

69. Vega O, Gonzalez D. Teoría de deficit del autocuidado: Interpretación desde elementos conceptuales. 2010;4(2):28-35. Disponible en:
<file:///C:/Users/Line/Downloads/Teoria%20del%20deficit%20de%20autocuidado.pdf>

70. ASALE R-. cuestionario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BbG2Jb4>

71. Encuesta_CAMDI_Costa_Rica.pdf [Internet]. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Encuesta_CAMDI_Costa_Rica.pdf

72. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes

con Diabetes Mellitus tipo 2. Salud Pública México [Internet]. agosto de 2003 [citado 23 de marzo de 2017];45(4):259-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342003000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

73. Fallas E, Navarro C, Solano M. Factores socioeconómicos, culturales, laborales y personales relacionados con los Síndromes Hipertensivos en mujeres gestantes, en un Hospital Especializado de San José, para el período JulioAgosto del 2015. [San José, Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2015.

74. Hipertension y diabetes en adultos.pdf [Internet]. [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://lancet.mx/FASCICULOS/Monografias/Hipertension%20y%20diabetes%20en%20adultos.pdf>

75. Herrera M. Diabetes Mellitus [Internet]. Alfil; 2011 [citado 10 de mayo de 2017]. 13-14 p. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=10637035>

76. Prevalencia del consumo de alcohol en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. [citado 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80313060005.pdf>

77. OMS | Alcohol [Internet]. WHO. [citado 13 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

78. Tabaquismo y Diabetes [Internet]. [citado 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2007/in072i.pdf>

79. OMS | Tabaco [Internet]. WHO. [citado 13 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
80. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus en el adulto mayor vulnerable [Internet]. [citado 13 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_adultovulnerableger.pdf
81. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana de Mexico [Internet]. [citado 26 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n3/07.pdf>
82. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2 [Internet]. [citado 24 de junio de 2017]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/9760>
83. Guia_DiabetesyTrabajo.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/56/Guia_DiabetesyTrabajo.pdf
84. Lista de salarios, Ministerio de Trabajo [Internet]. 2016 [citado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.mtss.go.cr/temas-laborales/salarios/lista-salarios.html>
85. Gagliardino J. CENEXA | Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada [Internet]. 2014 [citado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.cenexa.org/>

86. Islas S, Revilla M. Diabetes Mellitus: Actualizaciones [Internet]. Mexico: Alfil; 2013 [citado 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=10903443>
87. Creencias religiosas y su relación con el proceso salud enfermedad [Internet]. [citado 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
88. La diabetes y los suplementos dietéticos: en detalles [Internet]. NCCIH. 2015 [citado 13 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://nccih.nih.gov/node/6708>
89. Durán Agüero S, Carrasco Piña E, Araya Pérez M. Alimentación y diabetes. Nutr Hosp [Internet]. Agosto de 2012 [citado 15 de mayo de 2017];27(4):1031-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112012000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
90. OMS | Fomento del consumo mundial de frutas y verduras [Internet]. WHO. [citado 15 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>
91. Los alimentos y sus efectos sobre el nivel de azúcar en la sangre: Guía para pacientes latinos con Diabetes [Internet]. [citado 15 de mayo de 2017]. Disponible en: https://ethnomed.org/patient-education/diabetes/Latino%20DM%20Slideshow_081015.pdf
92. Murillo, S. La alimentación en la diabetes tipo 2 [Internet]. 2015 [citado 15 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/127/la-alimentacion-en-la-diabetes-tipo-2>

93. Nutrición y Diabetes [Internet]. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_19.pdf
94. Controle su diabetes: Guía para el cuidado de su salud [Internet]. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/pdfs/control.pdf>
95. El ejercicio en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v49n4/v49n4a06.pdf>
96. Diabetes y ejercicio [Internet]. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2015/07/Diabetes-y-Ejercicio-%C2%B7-SED.pdf>
97. OMS | Qué es la diabetes [Internet]. WHO. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
98. Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud [Internet]. [citado 24 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=188-protocolo-3-manejo-de-diabetes-en-aps&Itemid=253
99. Drive ADA 2451 C, Arlington S 900, 1-800-Diabetes V 22202. Citas futuras [Internet]. American Diabetes Association. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/quien-esta-en-su-equipo-de-atencion-medica/citas-futuras.html>

100. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. [citado 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131o.pdf>

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA: American Diabetes Association.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

DM: Diabetes Mellitus.

DM1: Diabetes Mellitus tipo 1.

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional.

EBAIS: Equipos básicos de Atención Integral en Salud.

ENT: Enfermedades no trasmisibles.

ET: Enfermedades trasmisibles.

GP: Glucosa plasmática.

GPA: Glucosa plasmática en ayunas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

ANEXOS

ANEXO 1: Carta del área de Salud de La Unión, cantidad de personas diabéticas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Área de Salud La Unión
Servicio de Enfermería
Teléfono: 2518-71-00 / Fax: 2278-08-46

ASLU-DE-001-2016
03 de enero de 2017

Srta. Ely Linneth Fallas Vega
Estudiante de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada Señora.

Esta Jefatura recibió oficio ASLU-DM-407-12-2016 en el cual se solicita atender la solicitud planteada en nota con fecha del 14 de Diciembre de 2016, en dicha nota se solicita el permitir la recolección de información para el trabajo final de investigación.

Posterior de recibir el oficio, se contactó vía telefónica con su estimable persona para conocer qué tipo de información requería, indicando que necesitaba la cantidad total de las personas que pertenecían a los distritos que atiende el área de salud y la cantidad de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus en cada distrito.

En atención a su solicitud se procede a brindar la información correspondiente, misma que suministró la encargada de estadística del área de salud.

AREA DE SALUD LA UNION - 2016

	Población	Total de Diabéticos
EBAIS LA UNION	5125	263
EBAIS TRES RIOS	6068	313
EBAIS SAN RAFAEL NORTE	5539	202
EBAIS SAUCES	4273	127
EBAIS SAN RAFAEL SUR	6379	237
EBAIS DULCE NOMBRE	4735	216
EBAIS ALTO EL CARMEN	5437	174

ANEXO 2: Instrumento aplicado a la población diabética de 20 a 80 años en la comunidad de Tres Ríos, cantón La Unión.

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
FACULTAD DE ENFERMERIA



Cuestionario

"FACTORES PERSONALES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA DE 20 A 80 AÑOS, EN EL DISTRITO DE TRES RÍOS, CANTÓN LA UNIÓN, CARTAGO, ENERO-FEBRERO, 2017"

La información obtenida a partir de sus respuestas en la resolución de este cuestionario tendrá un carácter eminentemente confidencial, de la manera que su nombre e información **NO** se harán públicos por ningún

Instrucciones generales: A continuación se presentan una serie de ítems que debe llenar de acuerdo a su perspectiva y conocimiento. Por favor conteste con total sinceridad y lea cuidadosamente cada una de las preguntas, solamente luego de que las haya comprendido, proceda a contestarlas mediante una X la respuesta que usted considere se ajusta a sus cualidades.

I. Información General
Conteste las siguientes preguntas con una X según corresponda

Nacionalidad: _____. Sexo: F M Lugar de residencia:

_____.

1. ¿Cuál es su edad?

() 20-39 años () 29-39 años () 40-49 años () 50-59 años () Más de 60 años.

2. ¿Cuál es su estado civil?

() Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viudo(a) () Unión

Libre

3. ¿Tiene usted hijos?

No () Sí () ¿Cuántos? _____

4. ¿A cuál grupo racial pertenece?

() Blanco-mestizo () Afrocostarricense () Grupo indígena () Asiático ()

Otro: _____

5. Padece usted de alguna de las siguientes enfermedades:

() Diabetes () Epilepsia

() Hipertensión Arterial () Otro. Indique: _____.

6. Algún miembro de su familia padece de las siguientes enfermedades:

() Diabetes () Epilepsia

() Hipertensión Arterial () Otro. Indique: _____.

7. ¿Usted consume o ha consumido tabaco durante el último año?

() No () Sí. ¿Cuántos cigarrillos al día? _____.

8. ¿Usted consume o ha consumido licor y/o drogas durante el último año?

() No () Sí. ¿Con qué frecuencia? _____

9. Su vivienda es

() Propia () Alquilada () Prestada () Otro. Indique: _____.

10. ¿Cuántas personas viven en su casa?

() 2-3 personas () 4-5 personas () 6-7 personas () Otro. Indique: _____.

11. ¿A cuáles de los siguientes servicios públicos tiene usted acceso en su hogar?

() Agua () Luz () Teléfono () Cable () Internet () Otro. Indique:

_____.

12. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

() Primaria () Secundaria () Universitaria () Ninguna.

13. ¿Desempeña algún trabajo?

Si () No () Especifique _____ (Si su respuesta es NO pase a la pregunta 18)

14. ¿Cuál es su lugar de trabajo?

_____.

15. ¿Qué puesto desempeña?

_____.

16. El monto salarial mensual es:

Mayor a ₡ 284 000 ()

Menor a ₡ 284 000 ()

17. ¿Alguien más trabaja en su hogar?

No () Sí () ¿Quién? _____

18. ¿Cuál es su creencia religiosa?

() Católico () Cristiano () Ninguna () Otro _____

19. ¿Le han recomendado ingerir alguna bebida de origen natural o tratamiento homeopático para tratar su Diabetes Mellitus?

() No () Sí ¿Cuál? _____.

II. Alimentación

A continuación encontrará preguntas relacionadas a su alimentación habitual, favor marcar con una X la respuesta que mejor se ajuste a sus necesidades.

20. ¿Con qué frecuencia come verduras?

() Todos los días de la semana () Algunos días () Casi nunca

21. ¿Con qué frecuencia come frutas?

() Todos los días () Algunos días () Casi nunca

22. ¿Cuántas porciones de pan come al día?

() 0 a 1 () 2 a 3 () 4 o más

23. ¿Cuántas tortillas come al día?

0 a 1 2 a 3 4 o más

24. ¿Cuándo usted consume pollo, lo come con piel?

No consume pollo Sí No

25. ¿Cuándo usted consume carne roja, la come con la parte gorda?

No consume carne roja Sí No

26. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?

Casi nunca Algunas veces Frecuentemente

27. ¿Con qué frecuencia acostumbra a comer golosinas (confites, cajetas o chocolates)?

Casi nunca Algunas veces Frecuentemente

28. ¿Come alimentos entre comidas?

Casi nunca Algunas veces Frecuentemente

29. ¿Come alimentos fuera de casa?

Casi nunca Algunas veces Frecuentemente

30. ¿Come usted alimentos fritos?

Casi nunca Algunas veces Frecuentemente

31. ¿Sigue alguna dieta especial para controlar la diabetes?

Casi siempre Algunas veces Casi nunca

III. Actividad Física

Favor contestar cada pregunta con una X, aún si usted no se considere una persona físicamente activa.

32. ¿Cuántos días hizo actividades moderadas, o sea, que lo hicieron respirar un poco más fuerte de lo normal, como por ejemplo, cargar cosas livianas, andar en bicicleta, lavar el carro, limpiar pisos, trotar despacio, nadar suave?

1 o más veces a la semana 3 o más veces a la semana No realizó actividades moderadas.

33. ¿Cuántos días hizo actividades fuertes, o sea, que lo hicieron respirar mucho más fuerte de lo normal, como por ejemplo, levantar cosas pesadas, andar en bicicleta rápidamente, aeróbicos de alto impacto, correr rápido, subir rápido las gradas?

Casi siempre Algunas veces Casi nunca.

41. ¿Hace su mayor esfuerzo para tener controlada su diabetes?

Casi siempre Algunas veces Casi nunca.

42. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse insulina?

Casi siempre Algunas veces Frecuentemente.

43. ¿Cada cuando se controla la glicemia?

Todos los días Semanalmente Mensualmente Anualmente

44. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?

Casi siempre Algunas veces Casi nunca.

45. ¿A cuántas reuniones para personas con diabetes ha asistido?

4 o más 1 a 3 Ninguna

46. ¿Dónde ha recibido información sobre diabetes? Puede marcar más de una opción

Servicio de salud privado

Prensa escrita

Servicio de salud público

Familiares o amigos

Grupo organizado.

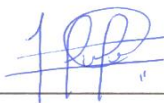
Otros: _____

Radio/Televisión.

ANEXO 3: Carta de declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Elsy Linneth Fallas Vega, cédula de identidad número 1-1511-0487, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura, titulado *“Factores personales que influyen en el cuidado de la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Enero-Febrero 2017”* es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: *“Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”*. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el diecinueve de mayo del 2017.



ELSY LINNETH FALLAS VEGA

CED. 1 1511 0487

ANEXO 4: Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 23 de mayo de 2017

MSc. Zaida Rodríguez Cordero
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

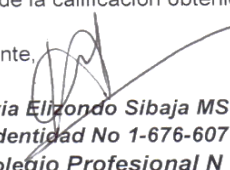
La estudiante Elsy Fallas Vega, portadora de la cédula de identidad No 1-1511-0487, ha presentado el documento digital de la tesis denominada: "Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, enero-febrero 2017", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería. En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10 %
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15 %
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20 %
	TOTAL		90 %

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


Dra. Fulvia Elizondo Sibaja MSc
Cédula identidad No 1-676-607
Carné Colegio Profesional N 2295

ANEXO 5: Carta del lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 07 de Julio de 2017.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **Elsy Lineth Fallas Vega**, cédula de identidad número **1-1511-0487**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "Factores personales que influyen en el cuidado de la salud en la población diabética de 20 a 80 años, en el distrito de Tres Ríos, cantón La Unión, Cartago, Enero-Febrero 2017", la cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

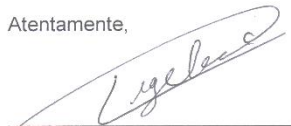
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a), y posterior acto de Defensa Pública.

Atentamente,



DR. ARGEDIS J. CRUZ BOZA
CÉDULA 1-1330-0648
CARNE CODIGO PROFESIONAL E9801

ANEXO 6: Carta del filólogo

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 12 de julio del 2017.

SEÑORES
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

Por este medio yo, Bolívar Bolaños Calvo, mayor, casado, filólogo, incorporado (a) al Colegio de Licenciados y Profesores, con el número de carné 2 949, vecino (a) de Turrúcares de Alajuela, portador de la cédula de identidad 0202790320, hago constar:

1. Que he revisado el **PROYECTO DE GRADUACIÓN (TESIS)** para optar por el grado académico de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**, denominado **FACTORES PERSONALES QUE INFLUYEN EN EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA DE 20 A 80 AÑOS, EN EL DISTRITO DE TRES RÍOS, CANTÓN LA UNIÓN, CARTAGO, ENERO-FEBRERO DEL 2017.**
2. Que el trabajo final de graduación es sustentado por el (la) estudiante **ELSY FALLAS VEGA.**
3. Que se le han hecho las correcciones pertinentes en acentuación, ortografía, puntuación, concordancia gramatical y otras del campo filológico.

En espera de que mi participación satisfaga los requerimientos de la Universidad Hispanoamericana. Se suscribe, atentamente,



Bolívar Bolaños Calvo
DOCTOR
No. 2 949
Filólogo

ANEXO 7: Dedicatoria

A Dios, gracias por brindarme de fortaleza y entendimiento durante todo este proceso, ya que gracias a eso pude finalizar mi anhelada tesis.

A mis padres Gervis y Marcela por creer en mis capacidades, por ser mi motor, que sin su apoyo incondicional no hubiese logrado las metas que me propuse desde un inicio de mi carrera.

A mi hermano, Eddy, mi sobrino Jostyn Daniel, quienes me han brindado su apoyo de distintas maneras, y que sé siempre estarán a mi lado durante los retos que desee emprender.

De igual forma dedico este triunfo a mi familia materna y paterna, quienes siempre creyeron en mí, pero especialmente a mis primas Karen, Alejandra y a mi tía Liz las cuales me han brindado su apoyo desde el primer día en que decidí comenzar esta gran travesía, así como a mi tía Patricia quién sé que desde el cielo está orgullosa de mí.

ANEXO 8: Agradecimientos

A toda la población diabética de la comunidad de Tres Ríos, La Unión, Cartago, quienes colaboraron con en su información personal para elaborar este proyecto de tesis.

A mi tutora de tesis Fulvia Elizondo, por todo su esfuerzo y paciencia, por brindarme de su conocimiento, experiencias y motivación durante la elaboración de esta investigación.