

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CREENCIAS
DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS
TIPO II QUE EXPERIMENTA UN AJUSTE AL
TRATAMIENTO DE HIPOGLICEMIANTES
ORALES A INSULINA EN DESAMPARADOS,
EN EL III CUATRIMESTRE DEL 2017.**

OSCAR ZELEDÓN QUIRÓS

Octubre, 2017

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	5
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	11
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	19
.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 PERCEPCIÓN DE LA SALUD	20
2.1.1 La percepción de la salud como indicador del estado de salud.....	20
2.1.2 Percepción de la salud física	21
2.1.3 Percepción de la salud mental	23
2.1.4 Estilos de vida saludables	26
Actividad Física	28
Higiene mental.....	29
2.1.5 Promoción de la salud.....	29
2.1.6 Prevención de riesgos	31
2.2 CREENCIAS DE LAS PERSONAS	32
2.2.1 Creencias y el proceso salud-enfermedad.....	32
2.2.2 Modelos y creencias en salud.....	33
2.3 AJUSTE AL TRATAMIENTO	35
2.3.1 Diabetes Mellitus.....	35

2.3.2 Tratamiento médico y ajuste farmacológico	37
2.3.3 Complicaciones post-ajuste.....	41
2.4 TEORIZANTE DE DOROTHEA OREM: TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA.....	41
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	45
.....	45
3. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....	45
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.3 OBJETOS DE ESTUDIO.....	46
3.3.1 Población	46
3.3.2 Muestra	46
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	47
3.4 INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN	47
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	47
3.7 PLAN PILOTO.....	50
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	51
4.1 GENERALIDADES	52
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	67
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	68
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
6.1 CONCLUSIONES	77
6.2 RECOMENDACIONES	79
EBAIS	79
Usuarios.....	79
BIBLIOGRAFÍA	81
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	85
ANEXOS	86
Anexo 1: Declaración Jurada.....	86
Anexo 2: Carta de la Tutora	87
Anexo 3: Carta del Lector	88

Anexo 4: Carta del Filólogo	89
Anexo 5: Instrumento de Evaluación.....	90
Anexo 6: Tabulación Plan Piloto	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de Inclusión y Exclusión.....	48
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Distribución de la población según sexo. Desamparados, San José, 2018.....	56
Figura No. 2 Distribución de la población según escolaridad. Desamparados, San José, 2018.....	57
Figura No. 3 Parámetro de años de diagnóstico con Diabetes Mellitus II de la población encuestada. Desamparados, San José, 2018.....	58
Figura No. 4 Percepción de salud actual de la población encuestada. Desamparados, San José, 2018.....	59
Figura No. 5 La salud como limitante para actividades de esfuerzo intenso de la población encuestada. Desamparados, San José, 2018.....	60
Figura No. 6 Distribución de la población según dolor corporal. Desamparados, San José, 2018....	61
Figura No. 7 Vitalidad de la población encuestada en las últimas 4 semanas. Desamparados, San José, 2018.....	62
Figura No. 8 Grupo de participantes que consideran que su salud puede verse más afectada que la de otras personas. Desamparados, San José, 2018.....	63
Figura No. 9 Distribución de la población según su estado de salud actual como limitante para tener hijos. Desamparados, San José, 2018.....	64
Figura No. 10 Distribución de la población según su creencia sobre el ajuste farmacológico. Desamparados, San José, 2018.....	65
Figura No. 11 Distribución de la población según la recomendación de terapias alternativas como tratamiento. Desamparados, San José, 2018.....	66

Figura No. 12 Distribución de la población según el uso y aplicación de terapias alternativas como tratamiento. Desamparados, San José, 2018.....	67
Figura No. 13 Distribución de la población según el consumo alimenticio basado en su apego al tratamiento. Desamparados, San José, 2018.....	68
Figura No. 14 Distribución de la población según la utilización de la jeringa de insulina. Desamparados, San José, 2018.....	69
Figura No. 15 Distribución de la población según el sitio de aplicación de la Insulina. Desamparados, San José, 2018.....	70

RESUMEN

Introducción. La percepción de los individuos portadores de diabetes suele cambiar cuando el usuario debe ajustar su tratamiento de hipoglicemiantes orales e iniciar el tratamiento subcutáneo. **Objetivo General.** Determinar la percepción de la salud y las creencias de la persona con diabetes mellitus tipo II que experimentan un ajuste en el tratamiento de hipoglucemiantes orales a inyección subcutánea. **Metodología.** Estudio mixto de tipo descriptivo, se realiza con una población de 100 personas de un total de 49,436 portadores de Diabetes Mellitus II, pertenecientes al cantón de Desamparados. **Resultados.** El 57% de la población es masculina y el 43% es femenina, el 52% está casada actualmente, el 47% cursó algún grado de secundaria (colegio), el 79% se aplica Insulina Simple, el 68% considera que su salud es buena, el 100% no depende de ninguna persona para bañarse, el 91% piensa que la diabetes y la fertilidad no están involucradas, el 81% considera que el ajuste del tratamiento se debe a que su enfermedad empeoró, el 45% dice utilizar medicina natural ajena al tratamiento médico prescrito para su enfermedad, el 94% recalca que no puede comer lo que sea a pesar de estar completamente apegado a su tratamiento, el 100% almacena la insulina en el refrigerador. **Discusión.** Predomina levemente el sexo masculino más que el femenino, a pesar de que gran cantidad de fuentes bibliográficas respaldan que es una enfermedad que afecta mayoritariamente a la población femenina. El estudio arroja datos importantes en socio demografía y adherencia al tratamiento. Sin embargo, lo más llamativo es la percepción que tienen los usuarios, de diferentes edades y periodos de diagnóstico completamente diferentes, respecto a su patología; se encuentran adultos mayores en condiciones de salud mucho más óptimas que adultos jóvenes. Asimismo, parte de la población encuestada es universitaria y se demuestra que las vastas fuentes de información a las que tienen acceso no son suficientes para lograr un cambio radical en su estilo de vida. **Conclusiones.**

Sobre la percepción de la salud, la mitad opina que su salud actual es buena, y que a diferencia de un año atrás, se mantiene estable. Se pueden vestir, bañar e ir al trabajo (quienes aún lo hacen) sin requerir ayuda, además de participar con normalidad en actividades sociales.

El total de la población afirmó que no sabe si su salud empeorará conforme pase del tiempo, pero aproximadamente la mitad expresó tener claro que se enferman más fácilmente que otras personas, mientras que poco más de una cuarta parte mencionó estar tan sanos como cualquiera.

Palabras clave: diabetes, mellitus, creencias, percepción, salud, socio demografía, paciente, alopática, enfermería, investigación.

ABSTRACT

Introduction. The perception of individuals with diabetes usually changes when the user must adjust their treatment of oral hypoglycemic agents and start subcutaneous treatment. **General objective.** To determine the perception of health and beliefs of the person with type II diabetes mellitus who experience an adjustment in the treatment of oral hypoglycemic agents to subcutaneous injection.

Methodology. Mixed study of descriptive type, is carried out with a population of 100 people out of a total of 49,436 neighbors with Diabetes Mellitus II, belonging to the canton of Desamparados.

Results. 57% of the population is male and 43% is female, 52% are currently married, 47% have some degree of secondary school (college), 79% apply Simple Insulin, 68% believe that their health is good, 100% does not depend on any person to bathe, 91% think that diabetes and fertility are not involved, 81% believe that the adjustment of treatment is due to their disease worsened, 45% say they use medicine Naturally oblivious to her medical treatment prescribed for her illness, 94% emphasize that she can not eat anything despite being completely attached to her treatment, 100% stores insulin in the

refrigerator. **Discussion.** Male sex predominates slightly more than females, despite the fact that a large number of bibliographic sources support that it is a disease that affects the female population more. The study yields important data on socio demography and adherence to treatment. However, what is most striking is the perception that users have of different ages and completely different diagnostic periods about their pathology; older adults are found in much more optimal health conditions than young adults. Likewise, part of the surveyed population is university and it is demonstrated that despite the vast sources of information to which they have access, they are not sufficient to achieve a radical change in their lifestyle. **Conclusions** About the perception of health half believe that their current health is good, and that respect a year ago remains. They can dress, bathe and go to work (who still do it) without requiring help; participate in social activities normally. The total population said they do not know if their health is going to get worse over time, but if about half said they were sick more easily than other people, while a little more than a quarter mentioned being so healthy as anyone.

Keywords: diabetes, mellitus, beliefs, perception, health, sociodemography, patient, allopathy, nursing, research

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Es común que la gente defina la salud como la ausencia de enfermedad: como si en ella estuviera arraigada la creencia continua de padecimientos, o bien, que su percepción fuese resabio de experiencias colectivas de épocas pasadas. Se antoja pensar que la gente percibe la salud de la misma forma en que algunas personas advierten la libertad al ser sometidas a la esclavitud. La percepción de la salud se ha comprendido en el pasado como la ausencia de enfermedad. Las personas valoran la salud en torno a la enfermedad, tal como lo haría un hombre que valora la libertad cuando está esclavizado (1).

Antecedentes internacionales

La percepción de la salud es un predictor significativo de mortalidad, de actitudes hacia la muerte y de cumplimiento de tratamientos durante la enfermedad; cómo se observan las personas en bienestar físico actual, futuro y adaptación psicológica; por tanto, tiene un papel importante en la conducta promotora de salud y que tanta mejoría tienen ante la enfermedad. (2). En el continente europeo, específicamente en Holanda, los hombres reportan mejores estados de salud que las mujeres: Los efectos más significativos se presentan al seleccionar el tipo de educación secundaria; controlando por edad y sexo, como mínimo, a mayor educación menos reporte de enfermedades y discapacidades.

Un estudio reciente en este país (utilizando el modelo *Probit*, que es una variable con 2 valores) arroja que los individuos con mayor educación tienen una mejor salud reportada. Asimismo, los efectos de

la educación sobre la salud aumentan con la edad para los hombres, pero decrece en el caso de las mujeres, demostrando que los hombres poseen una mayor percepción sobre la misma. (5)

La percepción del estado de salud por parte de las personas con y sin limitación de actividad es diferente. En el caso de las personas con limitaciones se percibe peor el propio estado de salud. En cambio, las personas sin limitaciones mayoritariamente perciben su salud como buena o muy buena.

El análisis por países europeos destaca diferencias como las de Grecia dónde sólo un 6% de las personas con limitación de actividad creen que su salud es buena o muy buena, y en cambio el 95% de las personas sin limitación creen que lo es; con un 89% de diferencia. Las mayores diferencias, después del país griego se sitúan en España y Alemania, ambas con un 68% de diferencia entre las personas con y sin limitación de actividad. En cambio, el territorio más igualado es Dinamarca. (6)

En el viejo continente, prácticamente la mitad de las personas con limitación de actividad perciben que su salud es moderada, un tercio la percibe como mala o muy mala y sólo un 21% percibe que su salud es buena o muy buena. Por otra parte, la insatisfacción por la atención médica recibida es mayor entre las personas con limitación de actividad (4% más alta). (6)

Continentes como Asia demuestran, de manera sorprendente, deficiencias en materia de salud en ciertas áreas junto con América Latina. Entre los desafíos de salud que encaran ambos continentes se destacan: la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios para los pobres, enfrentar con éxito los nuevos contextos económicos regionales y las crecientes nuevas demandas de servicios de salud, encontrar formas alternativas e innovadoras de financiamiento para los sistemas de salud y crear organizaciones más flexibles y dinámicas acordes con los nuevos contextos político-institucionales de

ambas regiones. También se debe reforzar la educación sanitaria tanto en salones de clase como en las comunidades, ya que ambos continentes poseen países sobrepoblados. (7)

Un estudio realizado en México sobre la percepción de la salud, tanto en familiares como en pacientes, en tema de diabetes demostró que un 28.2% cree que posee suficiente información sobre el tema, un 28.6% tiene un manejo amplio de su enfermedad y manifiesta que esta “se encuentra bajo control”, por último, un 45.8% resalta que los profesionales en salud son quienes los han capacitado y que constantemente asisten a citas de control. (4)

En Nicaragua, un estudio realizado en un hospital de la zona denotó que la percepción de salud de los pacientes que acuden a ese centro de salud es muy baja. Aunado a esto, se suma la pésima educación sanitaria que tienen, la baja calidad del servicio y la escasez de tratamientos. Este estudio concluyó que una buena educación sanitaria puede proveer notables beneficios tales como: aumento en las referencias y recomendaciones de los pacientes hacia familiares y amigos, aumento en la eficiencia y productividad, mejoría en la conformidad del paciente, ayuda a la realización personal y profesional del personal de las instalaciones hospitalarias, ayuda a la continuidad del cuidado, reducción en la duración de la hospitalización, reducción en el riesgo de negligencias e impericia por parte de los profesionales de la salud. (8)

Antecedentes nacionales

En Costa Rica cerca de la mitad de las personas adultas mayores reporta una percepción de su salud como regular o mala, esto es más frecuente en las mujeres y en quienes viven fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM). A pesar de que las condiciones de salud presentan mayores desventajas para las mujeres, son los hombres quienes presentan mayores tasas de mortalidad. Adicionalmente, las

personas mayores residentes de las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Pacífico Central, muestran indicadores generales más desfavorables. Entre las enfermedades crónicas que reportaron padecer las personas adultas mayores, las más frecuentes son: hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, osteoporosis y artritis. De ellas, la hipertensión arterial y la diabetes son los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la cual es, en este grupo y en la población en general, la principal causa de muerte. (1)

El diagnóstico de la diabetes, con su condición de cronicidad y la exigencia de modificaciones en los hábitos y el modo de vida, moviliza en la familia mecanismos de adaptación para recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y roles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. (3)

Existe la creencia de un concepto negativo sobre la enfermedad asociado a poca información y apoyo en el seno familiar y los servicios de salud, lo que favorece conductas de escaso autocuidado y falta de control de la enfermedad. El diagnóstico es descrito como una crisis que produjo en las personas sensaciones de dependencia, cambios negativos en su vida cotidiana, sentimientos de odio, resignación, desesperanza de curación y muerte, sin diferencias según género ni años de diagnóstico. Lo anterior se une a una visión estereotipada de la vejez, lo que genera sentimientos diversos en los pacientes y su familia, dado que no saben cómo actuar o no detectan con prontitud los problemas. Las percepciones sobre la diabetes mellitus y el impacto que tienen en las formas de pensar y de actuar de

las personas adultas mayores y las familias exige la definición de políticas así como de programas educativos de atención con un enfoque integral y gerontológico para contrarrestar esas visiones estereotipadas y negativas, y propiciar cambios en la forma de enfrentar los problemas de salud crónicos en los planos individual, familiar, comunitario e institucional para desarrollar una mejor calidad de vida. (9)

Un paciente puede manejar diversas creencias y percepciones sobre su patología y su evolución. No todos los usuarios toman el diagnóstico de la mejor forma, ni se adaptan al ajuste de forma pronta. Generalizando, se puede decir que con la terapia combinada de fármacos orales más insulina y comparada con el tratamiento solo con insulina, se obtiene un control glucémico similar o algo mejor, pero con menores requerimiento de insulina del 32% al 62%, una menor ganancia de peso en los tratados con metformina e incluso similares o menores hipoglucemias a pesar de un mejor control glucémico, sobre todo en los tratados con metformina, se consigue un mejor control glicémico. Se da el caso que al presente día se suspende la metformina, y al día siguiente se comienza un esquema de insulinización según el peso y se controla con química sanguínea a los tres meses. Esto podría variar continuamente los primeros días hasta alcanzar la cantidad de unidades requeridas según el usuario. (10)

Desde los años cincuenta se han desarrollado varios modelos que buscan predecir las prácticas de cuidado a través del conocimiento de las creencias que expresan las personas sobre el cuidado de la salud. Gran parte de la población adulta hoy día maneja sus propias creencias respecto a su enfermedad

y su tratamiento, sumado a esto se encuentra la información que se pasa de persona a persona, la cual en su mayoría resulta errónea, poniendo en riesgo la vida del paciente. (11)

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Participan cien personas vecinas del cantón de Desamparados, San José. Deben ser mayores de 18 años y no sobrepasar los 65 años; asimismo deben tener más de 3 meses de inyectarse insulina en cualquiera de sus dos presentaciones (simple y N.P.H). No aplican pacientes embarazadas ni pacientes que se inyecten insulina y conjuntamente utilicen tratamiento vía oral. El presente estudio se realiza en el III cuatrimestre del año 2017, que comprende desde el mes de setiembre hasta diciembre.

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

La atención integral a los usuarios diabéticos, bajo la modalidad grupal, surge como una preocupación del personal de salud para mejorar la educación y seguimiento de los usuarios utilizando un abordaje interdisciplinario que permita fortalecer el vínculo con el usuario y su familia, propiciando la autoresponsabilidad y el autocontrol al inyectarse en busca de lograr un mejor apego al tratamiento y disminuir la aparición de complicaciones, además de buscar una mejor utilización de los recursos. Aunado a esto, la importancia de escuchar al usuario diabético sobre su percepción de la enfermedad, la evolución desde el ajuste y su actual estilo de vida.

Cabe resaltar que cada ser humano es distinto a la hora de responder a un tratamiento, el mismo para la diabetes debe ser ajustado de forma paulatina y así encontrar la dosis ideal para un usuario en

específico. Durante esa etapa de ajuste el usuario presenta picos y disminuciones en su glicemia: muchos luchan por comer a las horas adecuadas, inyectarse según indicación médica y bajo la educación del profesional de enfermería; otros, por su lado, perciben que el tratamiento no funciona, no comprenden que requiere tiempo para adaptarse y sencillamente lo suspenden, poniendo en riesgo su vida.

Es debido a esto que se considera pertinente demostrar cuál es la percepción y qué creencias tiene el usuario diabético al ajustarse a su tratamiento dejando de lado los hipoglucemiantes orales para empezar a inyectarse insulina de forma subcutánea.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la salud y las creencias de la persona con diabetes mellitus tipo II que experimentan un ajuste al tratamiento de hipoglicemiantes orales a insulina en Desamparados, en el III cuatrimestre del 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la salud y las creencias de la persona con diabetes mellitus tipo II que experimentan un ajuste en el tratamiento de hipoglucemiantes orales a inyección subcutánea.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio en el cantón de Desamparados, en el III cuatrimestre del 2017.
2. Identificar la percepción de salud en la población que ha recibido un ajuste en su tratamiento, en el cantón de Desamparados, en el III cuatrimestre del 2017.
3. Reconocer las creencias que posee la persona diabética sobre su tratamiento y la patología, en el cantón de Desamparados, en el III cuatrimestre del 2017.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 PERCEPCIÓN DE LA SALUD

2.1.1 La percepción de la salud como indicador del estado de salud

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud. En la serie de encuestas nacionales de salud se repite la pregunta: "En los últimos doce meses ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?". A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas (y variables según responda el propio entrevistado, un profesional de salud o un miembro del hogar opinando sobre los demás), se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y otras consecuencias de la misma.

La edad está relacionada estrechamente con la percepción de la salud; a menor edad, mejor valoración del propio estado de salud: entre los más jóvenes las valoraciones positivas alcanzan casi a nueve de cada diez personas. Entre los mayores, sólo cuatro de cada diez afirman que su salud es buena; esta bajada del indicador continúa en los muy mayores, entre los que las tasas de morbilidad y mortalidad son también más elevadas. La relación entre sexo y valoración de estado de salud es estrecha. Las mujeres suelen percibir peor su salud a todas las edades, especialmente cuando superan los 50 años.

(12)

Este patrón se repite a lo largo del tiempo y en diferentes sociedades en distintos países. Entre las mujeres mayores (en concreto, entre 65-80 años) las percepciones positivas disminuyen considerablemente mientras aumentan las negativas. Tras este factor actúa realmente la viudez, la soledad (mayor entre las mujeres) y los menores ingresos, entre otros, que explican estas diferencias en ambos géneros, por lo que el sexo como factor determinante en las valoraciones en la vejez merece ser cuestionado.

La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación del porqué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, mayor incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

2.1.2 Percepción de la salud física

La percepción es un proceso cognitivo que permite, a través de los sentidos, recibir información y conformar una representación más o menos real del medio. En la percepción de la salud individual, influyen muchos otros factores: el estado fisiológico del individuo, la personalidad, el grado de soporte social que recibe, el estado civil, el bienestar psicológico, entre otros.

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud real de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo. Según el modelo

de creencias, los factores que determinan los comportamientos de salud hacen referencia a la percepción de amenazas sobre la propia salud y a las creencias de los individuos ante la posibilidad de reducirlas. Los estilos de vida saludables responden a procesos sociales, tradiciones, hábitos y comportamientos de los individuos, así como a grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar. (13)

Es importante resaltar que esta definición presenta una visión integral del ser humano, reconociendo que hay múltiples factores que afectan el equilibrio del organismo ocasionando el deterioro de la salud y la calidad de vida. Como ejemplo de algunos factores que afectan a la salud se pueden citar: el medio ambiente donde se vive ya que la proliferación de industrias en las grandes ciudades hace que el deterioro de la salud sea palpable, el humo producido por combustibles sólidos se ha convertido en el factor de riesgo más importante para la infección respiratoria aguda, tanto así que esta es la causa de alrededor de dos millones de muertes anuales de niños menores de cinco años en el mundo. (14)

En el caso de la diabetes mellitus, gran número de establecimientos comerciales, poblados de restaurantes de comida chatarra junto a la escasez de parques abiertos para la recreación y pocas campañas de salud continúan afectando la población costarricense; sumado a esto, estilos de vida incorrectos, estrés laboral, pésima nutrición, ansiedad, poca actividad física y, por si fuera poco, la genética; juegan un papel protagonista en el desarrollo de la misma. La mayoría de las encuestas de salud afirman, por ejemplo: que las mujeres perciben su salud peor que los hombres; que los

profesionales de la salud hacen una sobreestimación del estado de salud y qué con la edad aumenta la percepción negativa del estado de salud (fenómeno de subestimación de la salud). (15)

Un grupo de consejos importantes a seguir para mantener un buen estado de salud física son: descansar y dormir lo suficiente, ya que el cuerpo necesita reposo para recuperar las energías perdidas, sobre todo en el día; la Organización Mundial de la Salud sugiere la práctica regular de actividad física con el fin de prevenir las enfermedades no transmisibles (ENT). Para los niños entre los 5 y 17 años se recomienda como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. Adultos entre los 18 y 64 años se recomienda como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas, lo cual se enfatizará más adelante.

2.1.3 Percepción de la salud mental

Las emociones están muy ligadas al equilibrio mental, tomando en cuenta que estas se producen a partir de una serie de procesos mentales complejos, se puede decir que esta es “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno.” (14)

Debido a esto son tan importantes las emociones porque constantemente se está expuesto a diferentes estímulos externos al interactuar con la familia, compañeros de trabajo, amigos, pareja, colaboradores, entre otros. Los diferentes estados emocionales influyen todos los espacios de interacción de los seres humanos, afectando directamente la salud; cada día los estudios apoyan con más fuerza la afirmación que sostiene que las emociones y nuestro organismo se relacionan e interactúan entre sí desencadenando reacciones químicas que pueden alterar la respuesta inmunitaria y el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas de nuestro cuerpo a nivel físico y mental.

Aunque se desarrollen enfermedades como la diabetes que están fuera del control de cada individuo, la actitud positiva o negativa frente a la misma determina en cierta manera la mejor o peor calidad de vida que se pueda tener, teniendo en cuenta que esta se puede definir como “un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida”.

La Organización Mundial de la Salud realizó una encuesta en aquellos países industrializados de Occidente, donde nueve de cada diez jóvenes entre los 11 a 15 años se consideran saludables. Contemplándose un elemento transcendental en la salud emocional específicamente en la adolescencia “La autoestima es definida como la percepción personal que tiene un individuo de su situación de vida,

en el marco del contexto cultural y valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (14)

La adolescencia puede estar acompañada de factores de riesgo como la ansiedad, temor al contacto social por ser juzgados, al igual que eventos estresantes en la vida o el padecimiento de algún tipo de enfermedad crónica, conflictos en el núcleo familiar, consumo de drogas psicoactivas o tener antecedentes genéticos de padres depresivos. El padecer de ansiedad puede desencadenar en desórdenes alimenticios y estos podrían desencadenar en el padecimiento de enfermedades crónicas a temprana edad. Hoy día se ha vuelto común encontrar adolescentes con hipertensión arterial o diabetes, y las cifras continúan en aumento.

La salud mental podría llevar a desarrollar herramientas que contribuyan a enfrentar con otra perspectiva la enfermedad, ya que datos de la Organización Mundial de la Salud han encontrado una estrecha relación entre personas positivas ante su enfermedad y personas que al recibir un diagnóstico médico renunciaron a vivir y solo esperan su fecha de muerte, por así decirlo; los primeros mencionados han presentado una mejor evolución a su enfermedad en compañía del tratamiento apropiado.

2.1.4 Estilos de vida saludables

La Organización Mundial de la Salud recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano. (16)

Los estilos de vida saludables se pueden definir como un conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realizan diariamente o con determinada frecuencia; todo depende de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros aspectos. Actualmente en las sociedades occidentales desarrolladas, el concepto de salud como ausencia de enfermedad se ha ido sustituyendo por el de calidad de vida. Los objetivos sanitarios de tales sociedades no se limitan a que las personas no padezcan enfermedades. Van más allá y promueven estilos de vida saludables que, además de tener un valor preventivo indudable, reducen costes sanitarios al estado.

Ciertas enfermedades degenerativas han ido en aumento a causa de estilos de vida deficientes; en México un estudio reciente señala como principales enfermedades degenerativas crónicas al siguiente grupo: diabetes mellitus, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, elevación en las concentraciones sanguíneas de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), entre otras. Cabe mencionar que de 4 a 5 millones de personas son diagnosticadas con diabetes mellitus y según la Encuesta

Nacional de Salud (ENSA) es la primera causa de muerte en este país. Siendo éstas vinculadas a estilos de vida poco saludables (consumo de alcohol, tabaco, mala alimentación, entre otras). (17)

Alimentación

Un nuevo estilo de alimentación implica disminuir el contenido de calorías, además, comer bien significa disfrutar de un buen sabor, así como de una buena nutrición. Ésta se puede lograr tomando en cuentas las siguientes características para asegurar una sana alimentación y por lo tanto salud:

Completa: incluye alimentos de cada uno de los grupos de alimentos (verduras y frutas, cereales, alimentos de origen animal y leguminoso); para asegurar la ingestión de todos los nutrimentos necesarios.

Equilibrada: guarda proporciones adecuadas entre proteínas, carbohidratos y lípidos (grasas), sabiendo que todos los nutrimentos son igual de importantes para mantener la salud.

Suficiente: pretende cubrir con las necesidades nutricias que cada persona requiere y obtener un peso saludable.

Variada: integra diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.

Inocua: significa que el consumo habitual de los alimentos no implica riesgos para la salud, porque están libres de microorganismos dañinos, toxinas y contaminantes.

Adecuada: según los gustos y la cultura de quien la consume, de acuerdo con sus recursos económicos.

Actividad Física

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que dan como resultado el gasto de energía. El 60% de la población mundial es sedentaria y tan solo en México el 7% de la población mayor a 15 años hace deporte, dentro del cual sólo el 35% lo realiza el tiempo recomendado (30 a 45 minutos). Se ha demostrado que el sedentarismo es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, por lo que llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios a favor de la salud. (17)

El ejercicio físico comprende movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos realizados para mejorar o mantener una o más cualidades motoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo, por ejemplo: saltar, nadar, correr, lanzar, entre otras. Se sugiere realizar ejercicio diariamente durante por lo menos 45 minutos de tipo aeróbico. Los ejercicios aeróbicos son todos aquellos que aumentan el ritmo cardíaco y la respiración, acompañado de un aumento de temperatura, desencadenando la diaforesis. Si el ejercicio empieza a formar parte de la vida desde la infancia, la persona se irá reforzando hasta convertirse en un adulto activo; con esto obtiene a lo largo de su vida un estado de salud óptimo y un futuro saludable.

Es común pensar que la actividad física requiere de mucho tiempo, dinero y esfuerzo; sin embargo, se puede comenzar a ejercitarse sin necesidad de pagar por ello, solo basta con realizar una caminata a un paso más acelerado de lo normal alrededor de un parque o una cuadra, bailar música movida, saltar la cuerda, andar en bicicleta, entre otros.

Higiene mental

Una persona con un estado de ánimo positivo, mantenido a lo largo del tiempo, crea y desarrolla herramientas para enfrentar situaciones complicadas del día a día; además de que las personas optimistas y felices viven más años:

A- Ser positivo: procurar que en la vida no tenga cabida la tristeza o el desánimo. No dejarse vencer por la depresión. Dedicar tiempo a las propias aficiones, a charlar con los amigos y a disfrutar de la familia. Mantener una vida activa.

B- Ejercitar la mente: sin importar la edad, es de vital importancia, que se mantenga la mente activa. No es conveniente dejar que pase un día sin realizar una actividad intelectual: leer, escribir, hacer crucigramas, jugar el ajedrez y participar en temas de interés nacional. (18)

2.1.5 Promoción de la salud

En Costa Rica, el Ministerio de Salud, como ente rector del sector en el campo de la Promoción de la Salud, la define en la Política Nacional de Salud del período 1998-2002 (1999:16), como el " Conjunto de acciones que la sociedad civil y las instituciones del Estado llevan a cabo en forma integrada, para desarrollar procesos que actúen sobre los factores determinantes de la salud, con la finalidad de que la población ejerza un mayor control sobre ésta y la mejore".

Para entender esto, es necesario partir de algunas consideraciones generales sobre los alcances del concepto de salud. Cuando se alude al concepto de salud vigente, se asigna importancia a los diferentes determinantes de tipo biológico, social, ecológico y de servicios, por considerar que la dinámica que

generan, en su estrecha interrelación, es la que finalmente determina la situación de salud en nuestra sociedad.

La atención de la enfermedad tiene relevancia, especialmente en términos de productividad y de significado para quien " recupera la salud ", conlleva una serie de limitantes significativas que hacen cuestionar su capacidad de respuesta a la situación actual de la salud de la población y a su valor por encima de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Algunas de esas limitantes se expresan en: altos costos económicos y humanos de problemas cada vez más complejos, dificultades para adquirir medicamentos y equipos sofisticados, inexistencia de medicamentos para curar enfermedades que afectan a grandes grupos y que podrían evitarse pero que están asociadas a actitudes y prácticas de la población, grandes desigualdades de salud especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos y el agotamiento de la efectividad del modelo de atención directa, en relación con la magnitud y calidad de los problemas de salud. (19)

En la Carta de Ottawa se definen las siguientes cinco grandes líneas de acción de la promoción de la Salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. (19) Estas líneas de acción guardan una estrecha relación entre ellas, de ahí que para lograr resultados efectivos en la Promoción de la Salud se debe considerar esa interrelación. Desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones de las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos y no sostenibles.

Dando énfasis al desarrollo de aptitudes personales y a la reorientación de servicios de salud, se debe organizar campañas de salud donde, por medio de actividades y de la participación comunitaria junto a profesionales de la salud, se logre educar de forma adecuada a los miembros de la comunidad. Una de las principales herramientas con las que cuenta el sistema sanitario son las ferias de la salud, que son campos abiertos donde en la mayoría de los casos se cuenta con un médico, un enfermero y un nutricionista. En dichas ferias se informa a la comunidad, se toma la presión arterial, se evacúan dudas respecto a tratamientos médicos y aparte se brindan charlas sobre una alimentación balanceada. Al ser gratuitas, acude una gran cantidad de personas, se detectan nuevas enfermedades para comenzar a tratar con antelación y a quienes no padecen enfermedad alguna se les incentiva a continuar cuidando su salud como lo hacen. (20)

2.1.6 Prevención de riesgos

Es el conjunto de medidas adoptadas por una institución para disminuir al mínimo la exposición al riesgo de daño a todas aquellas personas que transitan por la misma (pacientes, familiares y personal), teniendo implicancias directas en la calidad del servicio brindado e impacto en los costos económicos.

2.2 CREENCIAS DE LAS PERSONAS

2.2.1 Creencias y el proceso salud-enfermedad

Países en vías de desarrollo, las enfermedades se padecen y tratan en las comunidades y sistemas locales de atención de salud. En estos sistemas se agrupan la sabiduría cultural, las estructuras familiares, los sistemas populares de atención a la salud y los servicios médicos. Cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades. Se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, no solo para atender las enfermedades físicas o mentales y los problemas psicosociales, sino para analizar y buscar sus causas, organizar respuestas personales y comunitarias. Para interpretar todo lo anterior cada cultura cuenta con un sistema de signos y conceptos.

El conocimiento médico local ejerce una importante influencia en la manera que se percibe y expresa la enfermedad, en cómo se entiende ésta y en las respuestas que suscita. Así, termina moldeando la enfermedad misma, sistematizando los síntomas, las interpretaciones y la forma como se procura asistencia, siguiendo patrones de comportamiento que difieren según las sociedades y los grupos étnicos. Las prácticas curativas y las concepciones que tiene el personal sanitario de la salud-enfermedad necesitan estar forjadas y reconocidas socioculturalmente, es decir, se debe entender que están sumergidas dentro de una realidad simbólica en el interior de la cual se producen estilos de vida propios, conceptos propios, formas específicas de relación social y creencias culturales sobre el cuerpo humano y la enfermedad. Gran parte de la eficacia y valor de estas prácticas descansa en el hecho de que están profundamente enraizadas en una tradición cultural, sea adquirida o impuesta por familiares con el pasar del tiempo.

En internet abunda un gran número de investigaciones sobre los curanderos, sus métodos de curación y los conceptos de salud que sirven de base para sus tratamientos que demuestran sistemáticamente

que las prácticas de los mismos son efectivas para aliviar las dolencias causadas por malestares físicos, psicológicos y sociales; estos tienen efecto positivo en aquellos pacientes que manifiestan tener “fe” en que aquel vecino o curandero puede resolver su problema de salud de forma más efectiva y pronta que un profesional sanitario. Estas prácticas son muy comunes hoy día en países como México, Perú, Ecuador, Centroamérica y el Caribe. (21)

2.2.2 Modelos y creencias en salud

Desde su origen en la década de los cincuenta, el Modelo de Creencias de Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más utilizados para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. (22)

El modelo se construye a partir de una valoración subjetiva que se asume sobre determinada expectativa. Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción prevendrá o mejorará el proceso. Concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

El modelo refiere que las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores, por un lado, tenemos la percepción de amenazas contra la salud y por el otro lado, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. Cada uno de estos factores considera, a su vez, otras variables.

La percepción de amenaza contra la salud está conformada por:

1. Valores generales para la salud: se requiere, en primera instancia, que las personas consideren que poseer una buena “salud” es una característica prioritaria de las personas.
2. Percepción de vulnerabilidad: se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermar. En el caso de ya estar enfermo, correspondería a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad.
3. Percepción de la gravedad: sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermar incluyendo consecuencias médicas, sociales y económicas, entre otras. Cabe mencionar que la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad, en su conjunto, pueden etiquetarse como “percepción de amenaza”.

Por otro lado, las características que le dan origen a las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza tienen que ver con lo siguiente:

1. Percepción de beneficios: son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección.

2. Percepción de los costos de acción o barreras: se refiere a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que obtendrán por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos, entonces el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.

3. Creencia en la eficacia de los medios concretos: Se considera eficacia de los medios concretos a aquellas habilidades que el sujeto cree poseer para poder llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción.

Cabe mencionar que también se toman en cuenta otras variables que pueden ser de origen demográfico y pueden influir en la emisión de conductas de salud por medio de la percepción de cada uno de los componentes antes planteados. (23)

2.3 AJUSTE AL TRATAMIENTO

2.3.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Su clasificación incluye diversos tipos de diabetes y otras categorías de intolerancia a la glucosa:

Diabetes mellitus tipo 1: Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. Tal destrucción en un alto porcentaje es mediada por el sistema inmunitario, lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos.

Diabetes mellitus tipo 2: Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción. (24)

Diabetes mellitus gestacional: Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada.

Para su diagnóstico, los nuevos criterios se basan en niveles menores de glucosa con la finalidad de iniciar precozmente el tratamiento y reducir las complicaciones¹⁻⁵. Se consideran valores normales de glucemia en ayunas menores a 100 mg/dL y de 140 mg/dL después de dos horas de una carga de glucosa. Las alteraciones del metabolismo de la glucosa previas a la aparición de la diabetes están definidas como:

Glucosa alterada en ayunas: cuando su valor se encuentra entre 100mg/dL y 125 mg/dL.

Intolerancia a la prueba de glucosa: esto es a las dos horas con cifras entre 140 y 199 mg/dL, después de una carga de 75 gramos de glucosa.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, degenerativa e incurable pero controlable. Existen varios objetivos en el tratamiento del diabético tipo 2, pero su esencia radica en el control metabólico y la prevención de las complicaciones. Esta se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la morbilidad y mortalidad en los

últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de los países.
(25)

2.3.2 Tratamiento médico y ajuste farmacológico

Los objetivos en el tratamiento de la diabetes mellitus 2 son:

- Mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglicemia e impedir las complicaciones agudas.
- Disminuir o evitar las complicaciones crónicas.
- Que el paciente pueda realizar normalmente sus actividades física, mental, laboral y social, con la mejor calidad de vida posible.

Factores para tener en cuenta en el tratamiento de la diabetes tipo 2

Tratamiento preventivo: múltiples ensayos clínicos aleatorizados recientes demuestran que personas con alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (pacientes con antecedentes de diabetes mellitus en familiares primer grado, obesidad, hipertensión arterial, personas mayores de 45 años de edad, mujeres con hijos macrosómicos, con síndrome de ovario poliquístico, alteración de la glucosa en ayunas, así como, tolerancia a la glucosa alterada), pueden retrasar su aparición, a través de programas bien estructurados para modificar estilos de vida. (26)

Tratamiento no farmacológico: el tratamiento no farmacológico (modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso) es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes,

incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables.

Educación terapéutica continuada

La educación es la piedra angular del tratamiento y está presente en todos los servicios como elemento esencial en la atención integral al paciente diabético. Persigue como objetivos principales proporcionar información y conocimientos sobre la diabetes; entrenar y adiestrar en la adquisición de habilidades y hábitos; pretende crear en el enfermo una real conciencia de su problema, que le permite lograr cambios en su estilo de vida para una mejor atención en su estado de salud.

Nutrición adecuada

La nutrición adecuada está dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. Estos objetivos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia. Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. El consumo de alcohol debe ser en cantidades limitadas.

Actividad física

La actividad física tiene ventajas fisiológicas inmediatas como: mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 horas, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo y el hígado. Además, a mayor intensidad de la actividad física, se utilizan más los carbohidratos. La actividad física de resistencia disminuye la glucosa en las primeras 24 horas.

La actividad física a largo plazo, mantiene la acción de la insulina, el control de la glucosa, la oxidación de las grasas y disminuye el colesterol LDL. Si se acompaña de pérdida de peso, es más efectiva para mejorar la dislipidemia, sin embargo, estudios recientes revelan que, aunque no provoque pérdida de peso, mejora significativamente el control glucémico, reduce el tejido adiposo visceral, los triglicéridos plasmáticos, mejora los niveles de óxido nítrico, la disfunción endotelial y la depresión.

En la Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra como principal tratamiento las biguanidas, que tienen como propósito disminuir la insulino-resistencia. El medicamento más común de este grupo es la Metformina, tiene como principales características lo siguiente:

El mecanismo de acción de este tipo de droga consiste en aumentar el uso de la glucosa en el músculo, disminución de la gluconeogénesis hepática y aumentar la sensibilidad a la insulina.

Es el fármaco de elección en pacientes con sobrepeso u obesidad, no produce aumento de peso.

Es el único antidiabético oral en el que se ha demostrado una reducción de las complicaciones macrovasculares a largo plazo.

Nunca producen hipoglucemia en monoterapia.

Reducción absoluta de 1,5 – 2,0% en HbA1c.

Contraindicación: embarazo, lactancia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, alcoholismo, úlcera gastroduodenal activa, insuficiencia cardíaca, estados hipoxémicos agudos, debe suspenderse temporalmente durante cirugía mayor.

Su efecto secundario más frecuente es la diarrea que se produce en torno al 30% de los pacientes.

Otros efectos gastrointestinales son: sabor metálico, epigastralgia, náuseas, vómitos y flatulencia.

Interfiere en la absorción de la vitamina B₁₂. (26)

El porqué del cambio

Los pacientes se preguntan en muchas ocasiones por qué el médico le receto pastillas o insulina como tratamiento para mejorar sus niveles de glucosa en sangre, si a su familiar que también tiene diabetes le dieron un tratamiento muy diferente al que él lleva, piensan que el recetar insulina es sinónimo de que su salud se encuentra deteriorada. Sin embargo, no es así, el que a una persona le inicien un medicamento tomado como metformina, hipoglucemiantes orales o insulina, va a depender de si presenta resistencia a la insulina, intolerancia a los carbohidratos o si existe ausencia por completo de la secreción de insulina dentro de su cuerpo, por lo cual se tendría que suplir esta falta de secreción por insulina inyectada. Otros factores que se pueden ver asociados con el tipo de diabetes: el peso, la edad, complicaciones asociadas o estado fisiológico del momento como el embarazo. (27)

El tratamiento tendrá que ser individualizado para cada paciente, tomando en cuenta sus necesidades y características; no hay que olvidar que la diabetes es una condición crónica, por lo cual en algún

momento el páncreas va a ser insuficiente para producir la insulina que se necesita en el cuerpo, por lo cual se va a necesitar aplicar insulina inyectada, pero hay que recordar que esto no significa que el paciente no se haya cuidado o que este en las últimas, simplemente es un paso más en el tratamiento.

2.3.3 Complicaciones post-ajuste

El temor a inyectarse es una de las principales preocupaciones del paciente, puesto que es un cambio sumamente abrupto (el médico puede decirle que a partir de mañana comienza a inyectarse). Sin embargo, muchos pacientes mencionan que no suele ser tan doloroso como se imagina. Hoy día diversas casas farmacéuticas se han tomado la tarea de crear jeringas con la aguja más delgada y más corta; aparte de esto, tanto médicos como enfermeros y farmacéuticos principalmente, se han dado a la tarea de educar al usuario sobre una correcta aplicación tanto en las horas indicadas como en sitios corporales apropiados. (28) Asimismo, también se enseña sobre la importancia del apego al tratamiento, el ejercicio y los hábitos alimenticios.

2.4 TEORIZANTE DE DOROTHEA OREM: TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" (29). Promueve en su Teoría General de Enfermería el alcance de la asistencia propia del usuario en su proceso de recuperación y es utilizada en diversos campos de acción de la enfermería como la docencia, investigación y la asistencia; además sirve de sustento en la planificación y ejecución de actividades de autocuidado, porque proporciona el fundamento científico que guía la atención, dirigida a pacientes con enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes. Esta teoría contempla tres subteorías interrelacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería. Orem define el autocuidado como las prácticas de actividades que las personas maduran a través del tiempo y llevan a cabo, con el interés de mantener un funcionamiento sano para continuar con el desarrollo personal y bienestar. (29)

La enfermería, en la relación con el autocuidado, se dedica a velar por el sujeto durante la experiencia de salud-enfermedad; en la actualidad es motivo de investigación el identificar en las personas que se cuidan la capacidad que tienen para suplir sus necesidades básicas de auto cuidarse, conservar elevados los niveles de autoestima y autoconcepto, el sentirse útil, a lo que se denomina capacidad de agencia de autocuidado. Esta deriva de su finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella son capaces de satisfacer los requisitos de autocuidado.

Relacionando la subteoría del autocuidado con la Diabetes Mellitus esta ha tenido un importante impacto sociosanitario por su alta frecuencia, las complicaciones que ocasiona y su elevada mortalidad. Por otra parte, se ha demostrado que muchas de las complicaciones de la diabetes pueden prevenirse o retrasarse mediante un manejo eficaz; esto incluye medidas relacionadas con el estilo de vida como una dieta saludable, actividad física, prevención del sobrepeso, obesidad y tabaquismo; todas las anteriores tratables a través del autocuidado. La terapia de la diabetes no solo es controlar la hiperglicemia, sino que también está dirigida a la reducción de los factores de riesgo por las complicaciones diabéticas.

Es importante considerar el componente emocional de los pacientes, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de autocuidarse que propone Orem y descuidan el régimen dietético, la medicación, el control de peso y cuidados personales, pasando entonces a la subteoría del déficit del autocuidado. Otros se vuelven agresivos y pueden exteriorizar su agresividad rechazando el tratamiento o bien la interiorizan deprimiéndose; muchos desarrollan dependencias psicológicas y necesitan que otros cuiden de ellos, sin adoptar un papel activo en su propio cuidado. Todas estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de glicemia, provocando graves complicaciones de salud, incluyendo la muerte.

El usuario diabético requiere de cuidados especiales al recibir su diagnóstico y se debe hacer partícipe a la familia de su tratamiento hasta que este logre adaptarse al mismo, así como a los cambios en su estilo de vida como lo son su nueva alimentación y la incorporación paulatina a la actividad física. Este usuario requiere del apoyo de su familia, la cual debe ahondar en la importancia de adherirse al mismo; si bien es cierto el familiar no puede obligar al usuario a cuidarse, pero si puede acompañarlo

a citas, a hacer ejercicio, a incentivar el consumo de alimentos apropiados y a aplicarse el tratamiento de forma regular, todo lo anterior hasta que se vuelva un hábito en el usuario y no requiera ayuda para nada.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es cuantitativa, dado que se basa en la recolección de datos entre pacientes diabéticos mediante encuestas, así como responder a preguntas abiertas sobre experiencias, creencias, opiniones y percepciones sobre el ajuste al tratamiento.

3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación del presente estudio es descriptivo, debido a que busca crear una relación entre el cambio del tratamiento con hipoglicemiantes al uso de Insulina, con la percepción, creencias y la adecuada adaptación que pueda tener el usuario diabético hacia el mismo.

3.3 OBJETOS DE ESTUDIO

Personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus II desde seis o más meses anteriores al inicio del estudio; estos deben haber utilizado metformina y luego realizar el cambio a insulina.

3.3.1 Población

El cantón de Desamparados posee una población portadora de Diabetes de 49,436 personas.

3.3.2 Muestra

Cien personas participan que padecen de Diabetes Mellitus tipo II. El muestreo es no probabilístico por conveniencia.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Padecer Diabetes Mellitus II.	-No pacientes embarazadas
-Haber iniciado el tratamiento con hipoglicemiantes y luego ajustarse a insulina.	-Padecer diabetes tipo I
-Mantener el tratamiento al día.	-No usar tratamiento mixto
-Tener como mínimo 3 meses en periodo de ajuste farmacológico.	

Fuente: Elaboración propia 2017

3.4 INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN

Se realiza una encuesta que consta de 60 preguntas distribuidas en tres partes: respuesta abierta, respuesta cerrada y opinión. (Ver anexo 3)

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental transversal debido a que no se manipulan las variables y se recolectan los datos una sola vez.

<p>Reconocer las creencias que posee el usuario diabético sobre su tratamiento y la patología.</p>	<p>Las creencias que posee el usuario.</p>	<p>Idea o pensamiento que se asume como verdadero.</p>	<p>Ideas que posee el paciente sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento.</p>	<p>Salud Enfermedad Tratamiento</p>	<p>Situación actual de su salud. Forma en la que sobrelleva la enfermedad. Mitos que posee sobre su tratamiento y si estos intervienen en su actual ingesta o aplicación.</p>	<p>¿Piensa que el no bajar de peso puede haber sido un detonante para el cambio de tratamiento? ¿Cree que si es diabético (a), puede tener hijos? ¿Qué cambios notó cuando pasó de las pastillas a las inyecciones? ¿Cree usted que al dejar las pastillas y comenzar a inyectarse es porque su enfermedad empeoró?</p>
--	--	--	--	---	---	--

3.7 PLAN PILOTO

Diez personas participan del plan piloto, el cual se basa en un cuestionario mixto donde la primera parte constituye a datos netamente sociodemográficos como la edad, el sexo, la escolaridad, entre otros. La segunda parte corresponde al “Cuestionario de Percepción de la Salud SF36”, el cual consiste en un grupo de interrogantes cerradas ya establecido; se basa en 36 preguntas sobre la percepción, estado de salud hace 4 semanas, estado de salud actual y estado de salud venidero. Por último, la tercera parte es sobre las creencias más comunes que posee el usuario diabético sobre temas comunes de su patología como la alimentación, la forma de inyectarse, la amputación, el ejercicio y demás; la misma es de preguntas abiertas.

El instrumento no requirió modificación alguna, la mayoría de las preguntas se encuentran establecidas en el “Cuestionario de Percepción de la Salud SF36”, las demás preguntas se encuentran claras y ningún participante menciona no haber entendido alguna interrogante. La única dificultad mencionada fue sobre la extensión del mismo (10 páginas incluyendo consentimiento informado), por lo que se decide imprimir por ambos lados para economizar papel.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

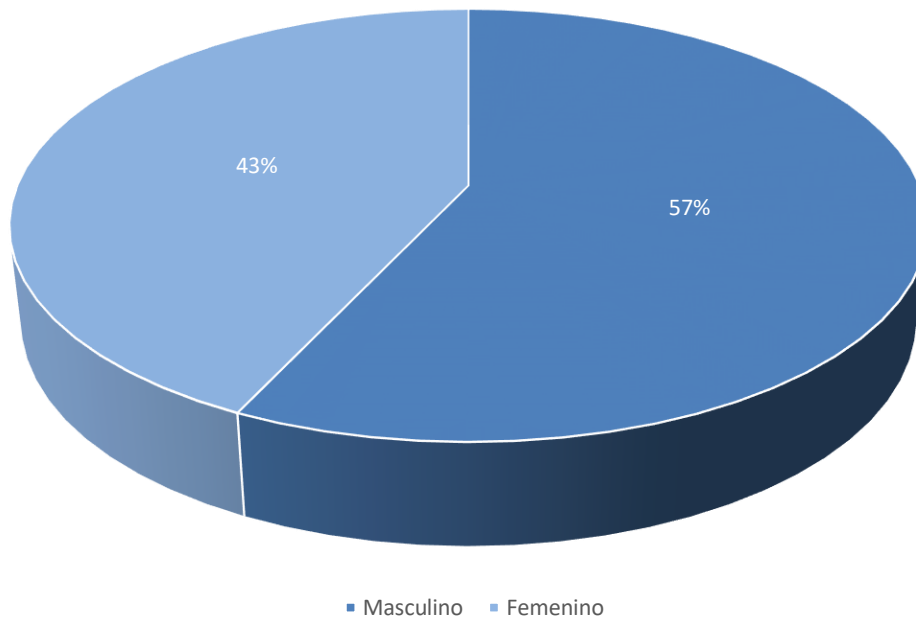


Figura No. 1 Distribución porcentual de la población según sexo. Desamparados, San José, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

En el presente estudio predomina el sexo masculino; esto muestra que en el cantón de Desamparados predomina más la diabetes mellitus tipo II en hombres que en mujeres.

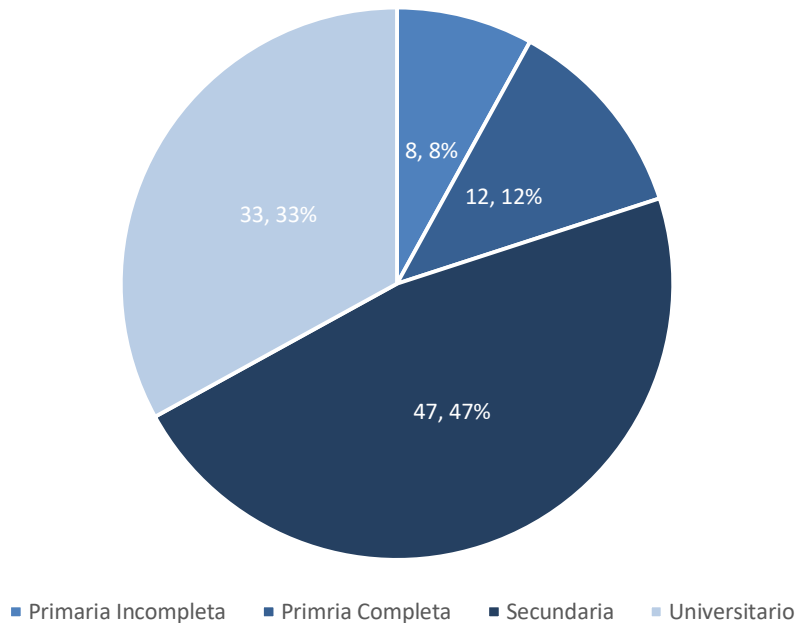


Figura No. 2 Distribución porcentual de la población según escolaridad. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018.

Menos de la mitad de la población concluye o llega a algún grado de nivel de colegio. En segundo lugar, se encuentran quienes terminaron alguna carrera profesional en la universidad. Una docena termina la primaria, contra un casi 9% del grupo abandona los estudios a temprana edad en la escuela. Predomina la población con grado de Bachiller en Educación Media.

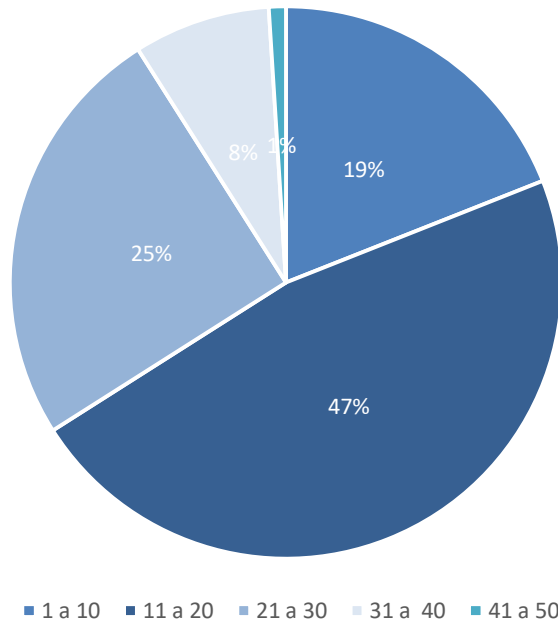


Figura No. 3 Parámetro porcentual de años de diagnóstico con Diabetes Mellitus II de la población encuestada. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Casi la mitad de la población es diagnosticada hace más de 11 años, pero no menos de 20. Una cuarta parte tiene aproximadamente 30 años de padecer diabetes mellitus tipo II. Ocho de diez personas pertenecen a la población adulta mayor que presenta ya poco menos de 40 años con la patología; solamente una persona se aproxima a los 50 años de diagnosticado. La población dominante se considera adulta-joven todavía, dado que el parámetro de años de diagnóstico no es tan amplio.

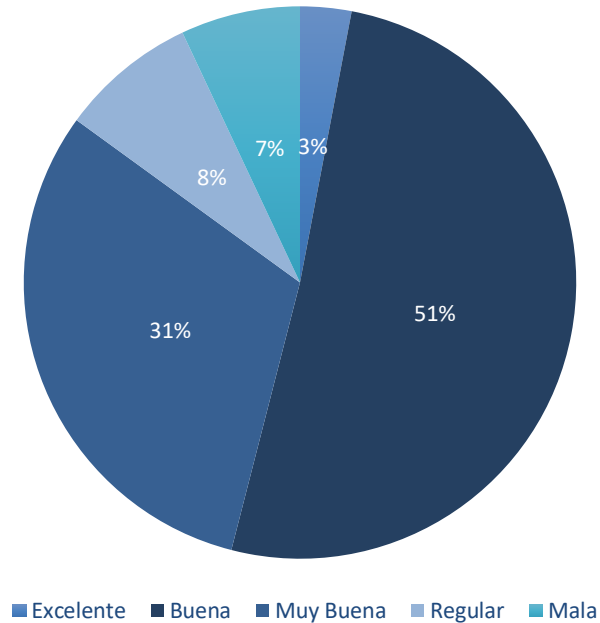


Figura No. 4 Percepción porcentual de salud actual de la población encuestada. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Un margen de 3 de 10 personas de la población que participa en las encuestas considera que su salud actual es excelente. Cerca de la mitad opina que su salud es muy buena, mientras que otro grupo considerable la percibe como buena. 15 de 100 personas manifiestan que su salud es regular o mala. Más de la mitad de la población encuestada piensa que posee un estado de salud considerablemente bueno, lo que indica que han sabido sobrellevar su enfermedad.

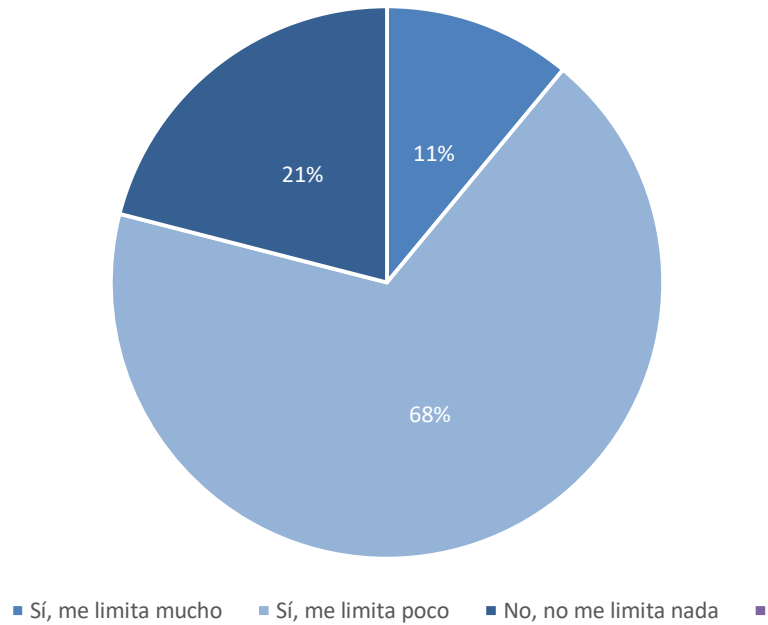


Figura No. 5 Porcentaje de la salud como limitante para actividades de esfuerzo intenso de la población encuestada. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia.

Un grupo amplio de la población considera que hasta cierto punto se les limita en algo, pero no lo suficiente como para cambiar radicalmente sus vidas. Dos décimas partes opina que no se le limita en nada y un grupo pequeño si piensa que le limita completamente el hacer esfuerzos intensos.

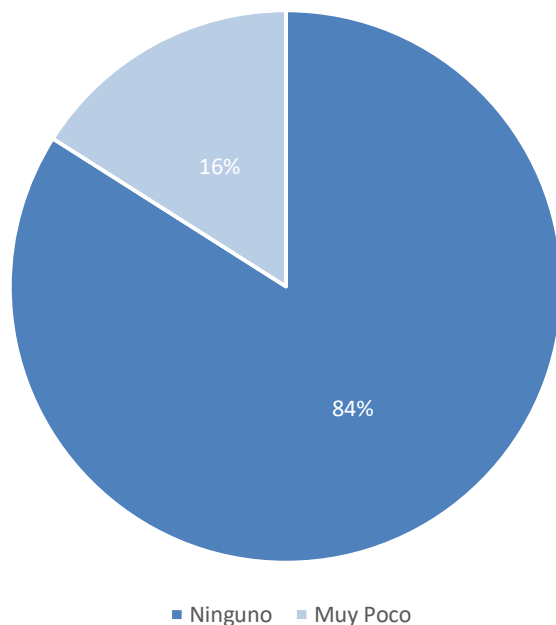


Figura No. 6 Distribución porcentual de la población según dolor corporal. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia.

Más de tres cuartas partes de la población enfatiza que no tiene dolor alguno, mientras que el grupo restante indica que presenta dolor en ciertas áreas del cuerpo debido a los sitios de punción.

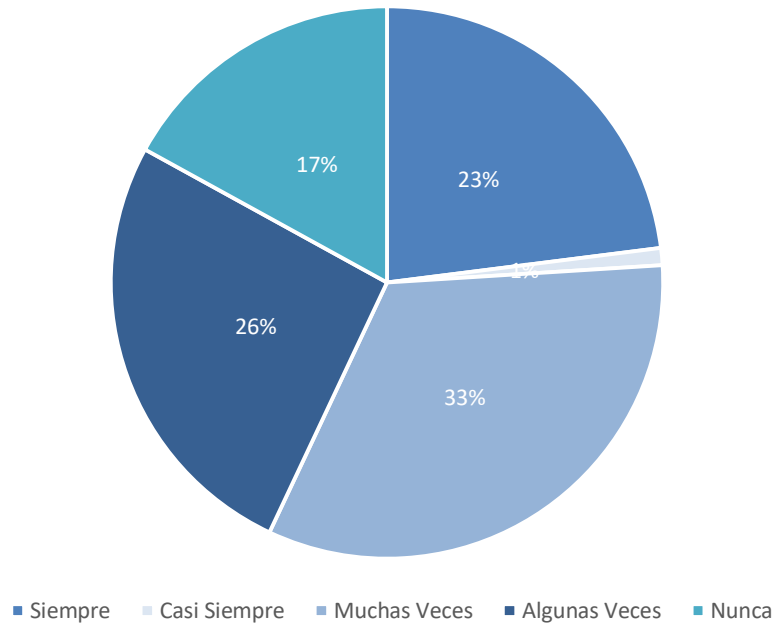


Figura No. 7 Porcentaje de vitalidad de la población encuestada en las últimas 4 semanas. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Más de un cuarto de la población manifiesta que muchas veces, en este tiempo, hay días que se sienten con más energía. Un grupo similar en cantidad dice que algunas veces, con poca frecuencia, se encuentran así. Otro conglomerado de personas verbaliza que siempre se han sentido llenos de vitalidad. Para terminar, pocas personas explican que no hay cambio alguno en 4 semanas y solo una persona responde que casi siempre se siente lleno de vitalidad.

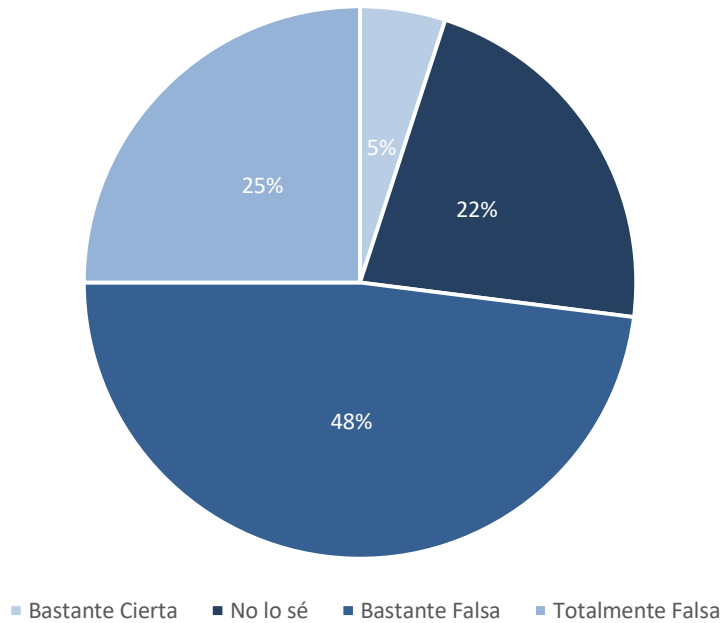


Figura No. 8 Porcentaje de grupo de participantes que consideran que su salud puede verse más afectada que la de otras personas. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Cerca de la mitad de los encuestados opina que eso es falso. Aproximadamente una cuarta parte relata que no lo saben, pero que puede ser completamente falso porque el cuidado depende de ellos y su apego al tratamiento. Finalmente, un pequeño margen correspondiente a cinco personas afirma que sí, que su condición es un riesgo y que son propensos a enfermarse más que otras personas. La gran mayoría tiene muy claro que su salud actual depende de su estilo de vida, sus hábitos y su adherencia al tratamiento.

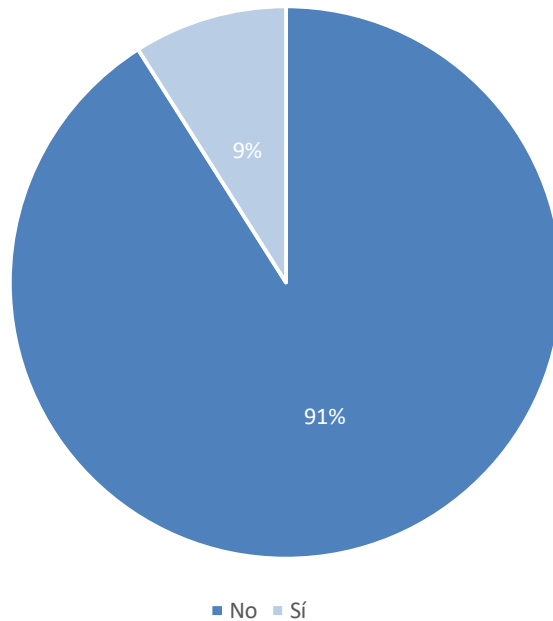


Figura No. 9 Distribución porcentual de la población según su estado de salud actual como limitante para tener hijos. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Casi la totalidad de la población encuestada manifiesta que no, que el padecer la enfermedad no es ni ha sido un limitante para tener hijos. Sin embargo, un aislado grupo restante aclara que sí lo es y que de una u otra forma se les ha presentado esa dificultad.

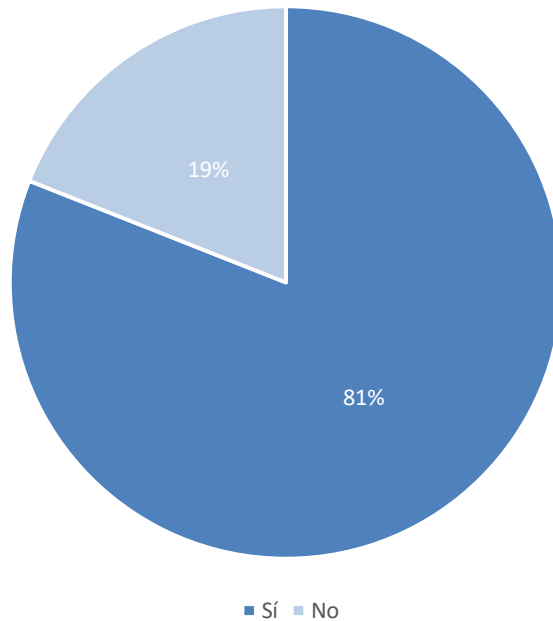


Figura No. 10 Distribución porcentual de la población según su creencia sobre el ajuste farmacológico. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Más de cuatro quintas partes opina que el reajuste farmacológico se debe a que su condición empeora. El grupo restante de pacientes concuerda en que simplemente es para brindar una mejor adherencia al tratamiento.

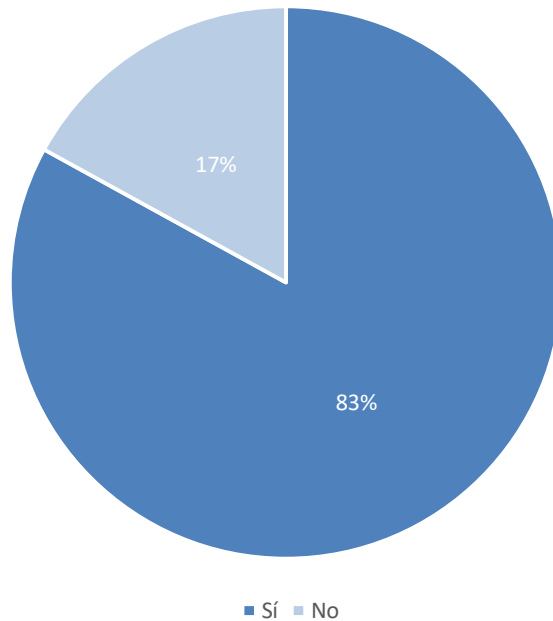


Figura No. 11 Distribución porcentual de la población según la recomendación de terapias alternativas como tratamiento. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Casi la totalidad de la población encuestada está expuesta a la recomendación de tratamientos alternativos (en su mayoría ajenos al gremio sanitario). Un grupo muy pequeño de 17 personas de 100 asegura que nunca les han ofrecido algo similar.

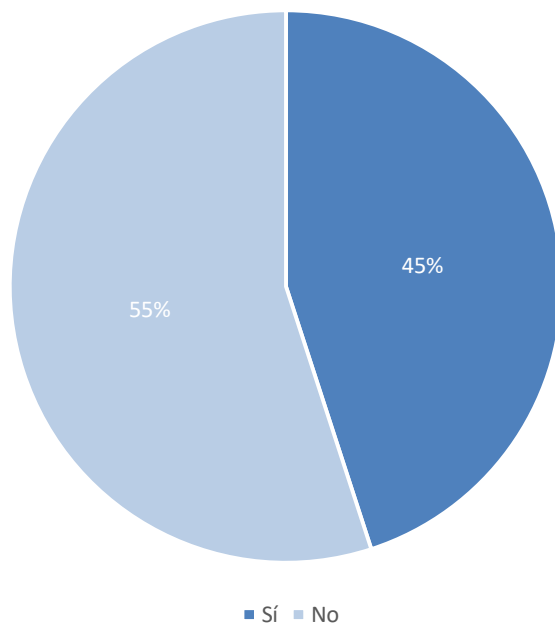


Figura No. 12 Distribución porcentual de la población según el uso y aplicación de terapias alternativas como tratamiento. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población se encuentra dividida casi por la mitad. Sin embargo, predominan quienes no consumen remedio casero alguno para tratar su enfermedad. Por otro lado, el margen restante de la población asegura que si consume remedios caseros.

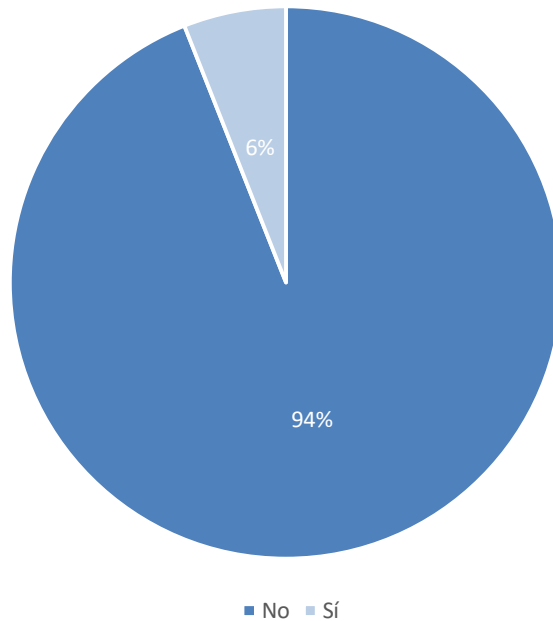


Figura No. 13 Distribución porcentual de la población según el consumo alimenticio basado en su apego al tratamiento. Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

A excepción de un mínimo grupo, casi la totalidad de la población tiene claro que ser diabético compensado y apegado estrictamente al tratamiento, no es un pase directo para ingerir lo que desee. Caso contrario, el pequeño grupo restante de 6 personas de 100 encuestadas enfatiza que en ocasiones si consumen algo que desean, pero no deben.

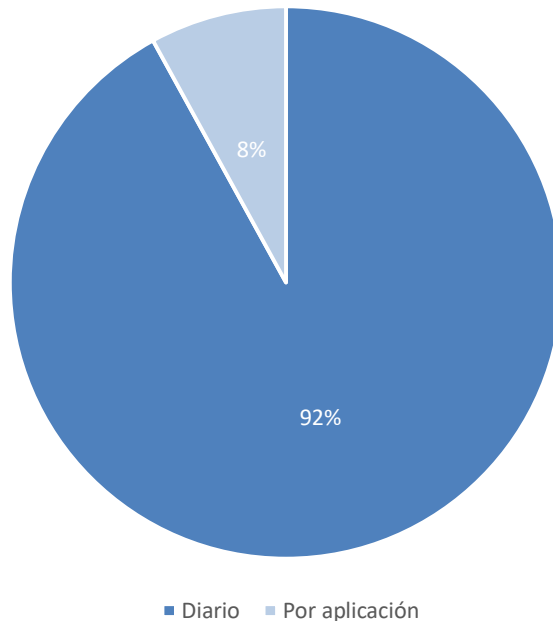


Figura No. 14 Distribución porcentual de la población según la utilización de la jeringa de insulina.

Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La gran mayoría utiliza la jeringa a diario, esto implica el usar la misma jeringa varias veces al día según el esquema de tratamiento. Esto se debe a que la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) entrega 30 jeringas mes a mes a los asegurados, y brinda una educación sobre el manejo y conservación de la misma. El grupo restante de entrevistados manifiesta que aparte de las que la C.C.S.S les brinda, compran por sus medios aparte las que faltan para utilizar la jeringa una sola vez. Cabe resaltar que, el precio aproximado en las farmacias comunitarias de cada jeringa de insulina de la marca Nipro® ronda los 125 colones.

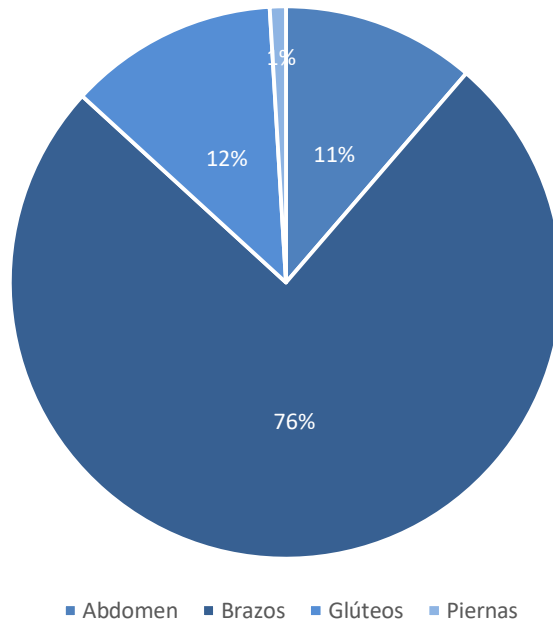


Figura No. 15 Distribución porcentual de la población según el sitio de aplicación de la Insulina.

Desamparados, San José, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Más de tres cuartos de la población se inyecta en los brazos por accesibilidad y menos dolor, según refieren. Otro grupo enfatiza que el abdomen o los glúteos son sus preferidos por los depósitos de grasa que allí se encuentran, los cuales aseguran que causa menos dolor. Por último, una persona se inyecta con más frecuencia en las piernas que en otras partes corporales.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), una de las enfermedades crónicas de mayor morbilidad y mortalidad en Costa Rica y otros países, es una enfermedad endocrino-metabólica de etiología compleja que se caracteriza por hiperglucemia debida a una deficiente secreción o acción de la insulina. Los factores de riesgo asociados a DM 2 comprenden, entre otros, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión arterial (HTA), dislipidemias y obesidad, cuya identificación en los pacientes afectados permitiría la prevención o reducción de sus complicaciones a corto y largo plazo, con el diseño e implementación de estrategias de intervención y campañas educativas que modifiquen esos factores, como se ha demostrado en diversos estudios.

El presente estudio muestra que la DM 2 predomina más en hombres que en mujeres (de esta zona). Sin embargo, la diabetes deteriora mucho más la salud de las mujeres que de los hombres y supone para ellas un riesgo mayor, incluso de mortalidad. La mujer está infra-tratada en relación con el hombre y su diabetes peor controlada; además, las mujeres son afectadas por la obesidad en todas las etapas de su vida, hecho que dificulta el tratamiento de este padecimiento. También se dijo que las mujeres son más resistentes a los tratamientos con insulina y sufren más episodios de hipoglucemia. (30) Sin embargo, el presente estudio demuestra que ambas poblaciones tienen una percepción similar

de su salud, aunque si se nota que las mujeres presentan más creencias respecto al tratamiento de la diabetes.

El profesional de salud debe adaptarse al nivel de conocimiento que posee el usuario, de forma que el mismo logre captar toda la información suministrada; no es lo mismo explicar a un usuario iletrado, que a uno que posee estudio universitario o inclusive, un rango académico más alto; puesto que, en teoría el usuario con mayor conocimiento es más propenso a investigar y así mantenerse actualizado. La mayoría de la población que participa en este estudio posee un grado académico de tercer ciclo educativo (colegio); son personas que conocen temas básicos relacionados con la salud y que, de una u otra forma, se les puede brindar una educación dirigida al autocuidado y a un estilo de vida saludable, siendo esta mejor acogida por la población. La población universitaria apenas oscila el 30%, la cual demuestra según la investigación que tienen mayor acceso a información confiable, mejores recursos de formación y eso se traduce en un mejor conocimiento de su patología. La población reconoce que no cualquier tratamiento casero o similar les puede tratar la misma y son quienes menos se les dificulta las tareas cotidianas en las últimas 4 semanas.

Percepción de su salud

Cerca del 80% de la población participante en el estudio contesta que su salud se encuentra entre excelente, muy buena y buena. Como se menciona anteriormente, el control de la DM 2 está en las manos del propio paciente. Este grupo de personas manifiesta que ha incorporado una alimentación saludable, ejercicio y principalmente una buena actitud ante la enfermedad; muchos se han organizado en grupos para realizar actividades aeróbicas por las tardes. (32) La investigación realizada confirma lo expuesto por González que indica que la percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las

creencias en salud. Una persona sólo acepta un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción. En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios. (31)

El realizar actividades físicas los mantiene enérgicos y con mejor ánimo. Todo esto contribuye a una mejor percepción de su patología. A gran parte de los diabéticos, dependiendo de su estilo de vida, puede que se le complique realizar cierto tipo de actividades cotidianas. El grupo encuestado expresa que la DM limita muy poco sus actividades cotidianas. No obstante, la limitación no implica un cambio rotundo en sus labores cotidianas como vestirse solo, por ejemplo. Chiacchio expresa que es recomendable que un paciente diabético, si previamente al diagnóstico era sedentario, se incorpore de forma paulatina con el ejercicio; un paciente diabético posee un mayor riesgo de sufrir un Infarto Agudo al Miocardio si se expone a ejercicios intensos de forma abrupta. (33) El estudio demuestra que aproximadamente el 50% de los encuestados logra hacer actividades físicas cotidianas que los mantiene enérgicos y con mejor ánimo lo cual contribuye a una mejor percepción de su estado de salud. Los participantes expresan que la DM limita muy poco sus actividades cotidianas. El cambio a uso de tratamiento inyectable en lugar de orales no representó en general una limitación para ejecutar sus actividades diarias.

Cada persona independientemente de la patología y su gravedad posee una percepción distinta de su salud. Las trayectorias de cambio en el tratamiento implican para la población una percepción de deterioro de la salud, aunque este aspecto en realidad no sea un hecho documentado en la literatura;

por el contrario, como indica Muñoz el ajuste al tratamiento se realiza en muchos casos simplemente porque cada persona es distinta, y a como un grupo puede acoplarse mejor con las pastillas, otro puede hacerlo mejor con la Insulina. (34) En la actual investigación más de la mitad de los participantes refirió tener una muy buena percepción de la salud y más del 75% indicó que durante las últimas 4 semanas se han sentido tranquilos y calmados. Las acciones terapéuticas han sido en la mayoría exitosas para lograr esta percepción.

Una percepción tan positiva en la mayoría de la población puede convertirse en un indicador de un mejor afrontamiento de la patología por medio de diversas trayectorias de cuidado, por ejemplo: el 67% implementa ejercicio físico, un 19% no percibe que el cambio de tratamiento sea por que empeoró su salud, 94% manifiesta que no ha tenido alteraciones en su movilidad o en la realización de actividades diarias y el 100% manifiesta que no depende de nadie más para realizar actividades cotidianas como vestirse, ir al baño o lavarse los dientes.

Cuando una persona tiene Diabetes Mellitus II significa que no está aprovechando la glucosa o energía para su cuerpo. Este combustible es indispensable para el buen funcionamiento de todas las células del organismo y se obtiene gracias a los alimentos. El cansancio extremo se debe a que las células no pueden absorber la glucosa y, por tanto, no tienen combustible para realizar sus funciones, es decir, el cuerpo está privado de energía. La fatiga se puede experimentar tanto física como mentalmente pues el cerebro es el consumidor número 1 de glucosa. (35)

Entre un 30% y 40% de la población que se investiga menciona que solo algunas veces se han sentido fatigados, y un grupo de ese margen resalta que el cambiar su estilo de vida y ajustarse a una dieta

conforme a su patología los mantiene más activos, puesto que realizan diversas actividades físicas durante el día, y suponen que el cansancio experimentado proviene del mismo ejercicio realizado.

Creencias del usuario diabético

El ajuste al tratamiento principalmente se debe a una escasa producción de insulina la cual ocupa ser reforzada con la misma hormona de forma externa. El usuario tiende a creer que, por ser un medicamento de alto riesgo, que requiere minuciosa manipulación y demás; fue prescrita porque su condición empeoró, pero esto no es así. Estudios como el de González menciona que previamente avalan el uso de insulina sobre el tratamiento oral por causas como la anteriormente citada, también puede ser porque el usuario no logro adaptarse a la toma de pastillas y no pudo realizar un adecuado horario para tomarlas, por mencionar algunas.

Respecto a la fertilidad y la concepción, el grupo de encuestados manifiesta en un 90% con seguridad que no se les dificulta o tienen inconvenientes para tener hijos, y que su tratamiento no interfiere en dicho aspecto. El 10% restante menciona que sí, que la patología y el tratamiento infieren en la sexualidad y la concepción; la diabetes no afecta a la producción de esperma. Sin embargo, los hombres diabéticos tienen mayor riesgo de infertilidad porque el material genético de su esperma está mucho más fragmentado que el de los hombres que no tienen la enfermedad. La diabetes también puede impedir la erección o causar lo que se denomina eyaculación retrógrada (parte o todo el semen fluye hacia la vejiga en vez de salir al exterior durante la eyaculación). (36)

Una de las preguntas que se ejecuta se basa sobre el reajuste farmacológico al pasar de pastillas a inyecciones de insulina. El 80% manifiesta que este cambio se dio porque su enfermedad empeora. Esta creencia pone de manifiesto la necesidad de educar a la población con respecto a que el reajuste no siempre se hace a causa de esto; un motivo muy frecuente para continuar con pastillas de Metformina es que estas funcionan mejor en el paciente diabético obeso con hiperlipidemias, ya que presenta efectos beneficiosos. Caso contrario, en situaciones donde un diabético ha sufrido un Infarto Agudo al Miocardio, traumatismos graves o cirugías mayores, inclusive internamientos prologados; se recomienda el uso de inyección de insulina. (37) La más frecuente es que definitivamente las pastillas ya no logran el efecto deseable, asimismo hay casos aislados donde se suspende la insulina y se retorna a la metformina debido a cambios radicales en el estilo de vida.

En Internet se encuentran una amplia variedad de sitios web relacionadas con medicina alternativa y naturopatías para diversas patologías que padece el ser humano. Si bien es cierto, hay muchísimos tratamientos alternativos para las mismas, pero, estas deben ser avalados por profesionales de la salud, que orienten al paciente sobre qué tomar y de qué forma hacerlo sin dejar de lado el tratamiento médico ya prescrito. (38) En esta investigación más del 80% menciona que varias personas ofrecen diversos tratamientos naturales y remedios caseros para tratar la Diabetes Mellitus. De estos, casi la mitad de los 100 participantes admite consumir algún tratamiento casero para tratar su patología, siendo el más común el “Té a base de mata de Insulina (*Boussingoltia baselloides*)”. (39) De ese grupo de consumidores del té de Insulina, todos mencionan que si ven resultados positivos desde que comenzaron a ingerirlo por las noches.

El total de encuestados opinan que existe una relación entre la aplicación de Insulina y la amputación. Es muy conocido por la población en general el lazo entre la Diabetes Mellitus y la amputación, pero esta no es a raíz del uso de Insulina, todo lo contrario, el no apegarse al tratamiento añadido a un pésimo estilo de vida puede aumentar el riesgo de sufrir una lesión y esta desencadenar en amputación. La adherencia al tratamiento y el autocuidado son las principales formas de prevención. (40)

En lo que respecta al manejo del dolor por la aplicación continua de las inyecciones, casi el 100% (96 personas) mencionó que rota con frecuencia el sitio de punción y que hay partes del cuerpo que duelen más y otras menos. La mayoría compartió que el aplicarse Insulina en los brazos es mucho menos doloroso que aplicarla en el abdomen, y que el cambiar la jeringa por aplicación y no por día influye mucho, ya que al penetrar la piel la aguja pierde el filo y duele más; sin embargo, no todos tienen acceso a comprar jeringas de insulina extra. También, la tolerancia al dolor es una característica individual de cada ser humano y no se puede comparar. A esto se le denomina “umbral del dolor”, el cual está definido como el punto donde una persona se vuelve consciente del dolor. En los niños y las mujeres este umbral es más bajo. (41)

Una dieta con bajo índice glicémico puede mejorar el control metabólico en la diabetes tipo 2, pero el debate aún continúa. Las frutas a pesar de la fructosa que contienen también pueden bajar el índice glicérico, además su consumo se ha asociado con una reducción de los niveles de A1c (hemoglobina glucosilada) y pueden influir positivamente en el colesterol HDL, presión arterial y riesgo de

enfermedad coronaria en general. (42) La alimentación programada es una de las bases del tratamiento de la diabetes, en cualquiera de sus formas. Sin ella es difícil lograr un control metabólico adecuado, aunque se utilicen medicamentos hipoglicemiantes de alta potencia. Un 96% de los entrevistados en este estudio mencionan que no pueden comer lo que sea a pesar de que su adherencia al tratamiento es estricta, y son conscientes en que la dieta es un pilar fundamental en su tratamiento. En muchos casos, junto al ejercicio, constituye la única medida terapéutica. El plan de alimentación depende de la edad, género, estado nutricional, actividad física, estados fisiológicos y patológicos. En relación con la alimentación, los hidratos de carbono (CHO) son fundamentales en el control de la glicemia, ya que determinan hasta un 50% la variabilidad en la respuesta glicémica.

La insulina es una hormona vital, que se puede definir como “la llave que abre la puerta” para que la glucosa pueda entrar en las células. Al ser esencial, es muy importante conservarla de forma correcta para preservar su acción. (43) Las insulinas se conservan a temperaturas ambientales suaves porque contienen conservadores, los cuales mantienen la insulina por un tiempo, pero finalmente dejan de tener efecto. En ese momento, las bacterias pueden empezar a crecer dentro del vial y degradar la proteína (que es la insulina), haciendo que pierda su acción. Para la conservación de la insulina se debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales: la temperatura y el tiempo. Sobre el almacenaje de esta, el 100% responde que la Insulina la almacenan en el refrigerador, en la puerta, con una temperatura media entre los 2 – 8 grados.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que a nivel del cantón de Desamparados las cifras son muy parejas: un 57% corresponde a la población masculina, versus un 43% de la población femenina.

La población participante tiene en promedio entre 11 y 30 años de haber recibido su diagnóstico, tomando en cuenta que el 60% de los encuestados sobrepasan los 45 años de edad, es decir, que en términos generales son diagnosticados en la adultez joven.

La percepción de la salud del 50% opina que su salud actual es buena, y que respecto hace un año atrás se mantiene. Se pueden vestir, bañar e ir al trabajo (quienes aún lo hacen) sin requerir ayuda; participan de actividades sociales con normalidad.

El total de la población afirmó que no sabe si su salud va a empeorar con el pasar del tiempo, pero aproximadamente un 50% expresó tener claro que se enferman más fácilmente que otras personas, mientras que un 36% menciona estar tan sanos como cualquiera.

Los usuarios carentes de educación universitaria, que conforman el 70% de la población, presentan mayores índices de uso de remedios caseros, utilizan con mayor frecuencia la naturopatía y en general poseen menos información respecto a patología y tratamientos en comparación con los que tienen formación universitaria; esto debido a que el usuario universitario posee un mayor acceso a fuentes de información a través de recursos tecnológicos.

Respecto a las creencias se encontró más el 80% opina que les ajustaron el tratamiento porque su salud empeora, lo cual no es así, como se explicó con anterioridad. Asimismo, el mismo porcentaje

poblacional es recomendado con vecinos y amigos sobre el consumo de remedios caseros para tratar su enfermedad, donde solamente el 45% los consume y presentaron -a su parecer- alguna mejoría.

El 100% es consciente de que la enfermedad puede desencadenar en amputación si el usuario no consume el tratamiento de la forma prescrita, junto con la exposición a lesiones que causen heridas. Sin embargo, los usuarios asociaron la pregunta con la diabetes, no con la insulina directamente como se pretendía con la misma.

Por último, los usuarios son conscientes en que el hecho de estar apegados al tratamiento no les permite comer lo que sea cuando sea, el 94% responde de esta forma en distintos formularios que deben seguir un régimen alimenticio estricto por su bienestar. Es interesante la forma en que los usuarios se mantienen informados sobre los riesgos de la Diabetes Mellitus tipo II, achacan la información que poseen a los EBAIS y al internet principalmente.

6.2 RECOMENDACIONES

EBAIS

1. Desmitificar las creencias que posee el usuario sobre su enfermedad.
2. Establecer espacios para monitorizar el ejercicio, dieta, horas de aplicación de tratamientos, mediante ferias de la salud.
3. Recopilar información a través de los ATAP sobre alimentación, estilo de vida y tratamiento que recibe y ver que tan comprometido se encuentra con el mismo.
4. Crear campañas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.
5. Buscar redes de apoyo entre los usuarios y la familia de forma que los mismos puedan sobrellevar su patología de manera óptima.
6. Educar sobre el tratamiento subcutáneo, para qué sirve, en qué casos se utiliza y tratar de erradicar la idea del reajuste farmacológico por empeoramiento de la patología.

Usuarios

1. Eliminar la palabra dieta de su vocablo y cambiarla por “tipo de alimentación”.
2. Educar sobre el tratamiento que consume, la importancia de apegarse al mismo y principales complicaciones.
3. Buscar información en sitios confiables.
4. Iniciar actividad física de forma paulatina, al menos si el paciente ha sido sedentario por un largo periodo.
5. Fijar metas semanales respecto a la ingesta de carbohidratos ya que su suspensión no puede ser inmediata, esta debe ser paulatina y bajo la supervisión de un profesional en salud.

6. Utilizar tratamientos alternativos solo con el consentimiento del médico tratante.
7. Despejar cualquier duda sobre la enfermedad y el tratamiento únicamente con un profesional en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estado De Salud [citado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/ESPAM/descargas/ESPAM_cap6web.pdf
2. López OMM, Pinzón ADD, González EB, Martínez DEP. Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *Av En Enferm.* 1 de julio de 2009;27(2):13-8.
3. La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería [citado 27 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0562.pdf>
4. Carrión JZ. *Estilo de vida y Control Metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.* GRIN Verlag; 2014. 46 p.
5. Efectos De La Educación Sobre La Salud En Costa Rica [citado 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v14n2/art8.pdf>
6. Percepción del estado de salud en Europa | Observatorio de la Discapacidad Física [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.observatoridiscapacitat.org/es/percepcion-del-estado-de-salud-en-europa>
7. Servicios de Salud en America Latina y Asia [citado 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/2220283.pdf>
8. Carmona Berríos M. Calidad de Servicio brindado a los clientes en el Departamento de Consulta Externa del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA) de la ciudad de León en el período comprendido entre Febrero – Marzo del año 2008. [citado 20 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4673>
9. Sedó Masís P. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica. 1 de enero de 2011 [citado 2 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/13364>
10. Tratamiento con insulina [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/tratamiento/tratamiento-insulina.html>
11. Herrera EM, Posada MLA. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av En Enferm.* 1 de enero de 2008;26(1):112-23.
12. Abellán Salguero A. Percepción del Estado de Salud [citado 20 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
13. El optimismo y una buena percepción de la salud física y mental, claves para conseguir envejecer con éxito [Internet]. *El médico interactivo.* 2012 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible

en: <http://elmedicointeractivo.com/optimismo-y-buena-percepcion-salud-fisica-y-mental-claves-conseguir-envejecer-exito-20121212151729002186/>

14. Londoño AC, Maldonado LH, Quezada MCH. Percepción de la salud física y emocional del equipo de fútbol sub 17 de la Uniautónoma fútbol club año 2015/Determining the physical and emotional health of the sub 17 soccer team of the Uniautónoma soccer club. Rev Encuentros [Internet]. 25 de enero de 2017 [citado 23 de noviembre de 2017];15(1). Disponible en: <http://ojs.uac.edu.co/index.php/encuentros/article/view/861>
15. Fisioteràpia E de. ¿Es la percepción de la salud, un buen indicador del estado de salud real? [Internet]. blog dels estudis de ciències de la salut. 2012 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://blocs.umanresa.cat/ciencies-de-la-salut/2012/12/05/es-la-percepcion-de-la-salud-un-buen-indicador-del-estado-de-salud-real/>
16. OMS | Campaña del Día Mundial de la Salud 2012 [Internet]. WHO. [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
17. Un estilo de vida saludable - OM-C Salud [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.omcsalud.com/articulos/un-estilo-de-vida-saludable/>
18. Más Sarabia M, Alberti Vázquez L, Espeso Nápoles N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Humanidades Médicas. agosto de 2005;5(2):0-0.
19. La Promoción De La Salud [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm>
20. Marcela Gastelum. 5 estrategias de la promoción de la salud [Internet]. Salud y medicina presentado en; 20:26:45 UTC [citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/marcelagastelum/5-estrategias-de-la-promocin-de-la-salud>
21. Gómez P. Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de México [Internet]. 2001 [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_21Shoshana_Berenzon_Gorn.html
22. Roales Nieto G. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
23. Modelo de Creencias de Salud [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/15-modelo-creencias-de-salud.html>
24. Rojas de P E, Molina R, Rodríguez C. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev Venez Endocrinol Metab. octubre de 2012;10:7-12.
25. Sanamé R, Andrés F, Álvarez P, Luisa M, Alfonso Figueredo E, Ramírez Estupiñan M, et al. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo Científico Méd. marzo de 2016;20(1):98-121.

26. Metformina [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metformina-a10ba02>
27. Tratamientos para diabetes ¿por qué algunos con pastillas y otros con insulinas? [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes. 2015 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/tratamiento-pastillas-vs-insulina/>
28. Mitos y realidades de la insulina [Internet]. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.bd.com/mexico/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=3314>
29. Analysis and Application of Dorothea Orem's Self-Care Practice Model [Internet]. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.healio.com/nursing/journals/jne/1984-10-23-8/%7B5658b74a-8eb1-40fa-9868-dcdb21e00743%7D/analysis-and-application-of-dorothea-orems-self-care-practice-model>
30. Diabetes afecta más a las mujeres que a los hombres - Univision [Internet]. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.univision.com/noticias/salud/diabetes-afecta-mas-a-las-mujeres-que-a-los-hombres>
31. Acosta González M, Debs Pérez G, de la Noval García R, Dueñas Herrera A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev Cuba Enferm. diciembre de 2005;21(3):1-1.
32. Alimentación Saludable para el Control de la Diabetes [Internet]. AMD. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <http://amdiabetes.org/alimentacion-saludable>
33. Foro 10: Diabetes / Artículos de Medicina del Deporte [Internet]. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.medicodeldeporte.es/articulo/articulos-de-medicina-del-deporte/22/diabetes>
34. Idaly Muñoz Sánchez A, Guerrero P, Helena A, López L, Vilma F, Velásquez G, et al. Percepciones de salud-enfermedad y trayectorias de cuidado en familias afrocolombianas vulnerables. Index Enferm. diciembre de 2014;23(4):214-8.
35. Cansancio y Diabetes [Internet]. Diabetes, bienestar y salud. 2013 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.diabetesbienestarysalud.com/vida-y-salud/cansancio-y-diabetes/2013/08/>
36. País EE. Los diabéticos tienen mayor riesgo de infertilidad por anomalías en el esperma. El País [Internet]. 12 de junio de 2007 [citado 8 de abril de 2018]; Disponible en: https://elpais.com/diario/2007/06/12/salud/1181599204_850215.html
37. Insulina e Hipoglicemiantes Orales[Internet]. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/insulina_e_hipoglicemiantes_orales_.pdf
38. Drive ADA 2451 C, Arlington S 900, Va 22202 1-800-Diabetes. Hierbas, Suplementos y Medicina Alternativa [Internet]. American Diabetes Association. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en:

<http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/medicamentos/hierbas-suplementos/>

39. Diario Extra - Planta de insulina aliada para diabéticos [Internet]. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.diarioextra.com/Noticia/detalle/251818/planta-de-insulina--aliada-para-diabeticos>
40. Palomo AG. Pinchazos que evitan amputaciones. El País [Internet]. 17 de julio de 2015 [citado 8 de abril de 2018]; Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/07/10/planeta_futuro/1436527701_942969.html
41. Evita el dolor por inyecciones [Internet]. Diabetes, bienestar y salud. 2009 [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.diabetesbienestarysalud.com/tratamiento/evita-el-dolor-por-inyecciones/2009/11/>
42. Durán Agüero S, Carrasco Piña E, Araya Pérez M. Alimentación y diabetes. Nutr Hosp. agosto de 2012;27(4):1031-6.
43. Cómo almacenar la insulina [Internet]. Guía Diabetes tipo 1. [citado 8 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/consejos/como-almacenar-insulina>
44. La diabetes deteriora mucho más la salud de las mujeres que de los hombres [Internet]. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.efesalud.com/la-diabetes-deteriora-mucho-mas-la-salud-de-las-mujeres-que-de-los-hombres/>
45. Pruebas y diagnóstico de la diabetes | NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/pruebas-diagnostico>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ATAP: Asistente técnico en atención primaria en salud.

EBAIS: Equipo básico de atención integral en salud.

Diabetes Mellitus (DM): La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto en la producción de insulina o una resistencia a la acción de ella.

Dieta: Control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona o un animal, generalmente con un fin específico; tiene un principio y un final.

Infarto: Obstrucción de los tejidos que forman un órgano, o una parte de él, debido a la interrupción del riego sanguíneo de la arteria o las arterias correspondientes; conduce a la muerte o necrosis de los tejidos. Generalmente puede ser a cualquier órgano o tejido, pero en la mayoría ocurre a nivel del corazón, de los pulmones y el cerebro.

Insulina: Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre.

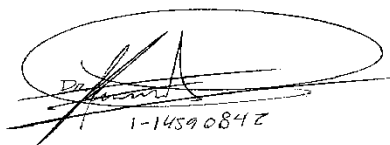
Metformina: fármaco antidiabético de aplicación oral del tipo biguanida. Se utiliza comúnmente en el tratamiento y la prevención de la diabetes mellitus tipo 2, antes conocida como diabetes no insulino dependiente, particularmente en pacientes con sobrepeso.

ANEXOS

Anexo 1: Declaración Jurada

Declaración Jurada

Yo Oscar Armando Zeledón Quirós, cédula de identidad número 1-1459 0842, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas 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 Licenciado en Enfermería titulado “PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CREENCIAS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE EXPERIMENTAN UN AJUSTE AL TRATAMIENTO DE HIPOGLICEMIANTE ORALES A INSULINA EN DESAMPARADOS, EN EL III CUATRIMESTRE DEL 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 Derechos 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 un notario público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, en la sede de Aranjuez, el día 13 de Abril del año 2018



1-14590842

Anexo 2: Carta de la Tutora

CARTA DE LA TUTORA

San José, 12 de abril, del 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada máster:

El estudiante Oscar Zeledón Quirós, cédula de identidad número 1-1459-0842 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CREENCIAS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE EXPERIMENTAN UN AJUSTE AL TRATAMIENTO DE HIPOGLICEMIANTES ORALES A INSULINA EN DESAMPARADOS, EN EL III CUATRIMESTRE DEL 2017.**" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

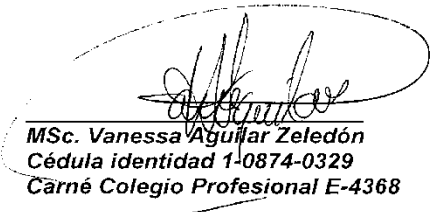
En mi calidad de tutora metodológica, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones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

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

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100	95

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de revisión por parte del lector metodológico.

Atentamente,


MSc. Vanessa Aguilar Zeledón
Cédula identidad 1-0874-0329
Carné Colegio Profesional E-4368

Anexo 3: Carta del Lector

CARTA DE LA LECTORA

San José, 19 de junio 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante, **Oscar Zeledón Quirós**, cédula **1-1459-0842** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CREENCIAS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE EXPERIMENTAN UN AJUSTE AL TRATAMIENTO DE HIPOGLICEMIANTE ORALES A INSULINA EN DESAMPARADOS, EN EL III CUATRIMESTRE DEL 2017"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

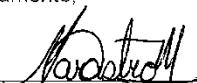
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones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

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

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	24
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	16
	TOTAL		80%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,


MSc. **Marcela Castro Méndez**
Cédula/identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

Anexo 4: Carta del Filólogo

San José, 6 de julio del 2018

Señores
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Estimados señores:

El estudiante Óscar Zeledón Quirós, me ha presentado para la revisión de estilo la tesis titulada: *“Percepción de la salud y creencias de la persona con Diabetes Mellitus que experimenta un ajuste al tratamiento de hipoglicemiantes orales a insulina en Desamparados, en el III cuatrimestre del 2017”* que corresponde a su trabajo de graduación presentado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

He revisado y corregido los aspectos referentes a estructura, gramática, acentuación, ortografía, puntuación y vicios de dicción que se trasladan al escrito. Además, he comprobado que se han incorporado las correcciones al presente documento.

Atentamente



Bach. María del Mar Obando Boza
Cédula 1 – 1097 – 0341
Colegiatura número 80125 (COLYPRO)

Anexo 5: Instrumento de Evaluación

La presente investigación es realizada por la estudiante de licenciatura en enfermería Óscar Zeledón Quirós, de la Universidad Hispanoamericana, con el fin de recolectar la mayor información sobre la percepción de la salud y creencias de la persona con diabetes mellitus tipo II que experimentan un ajuste al tratamiento de hipoglicemiantes orales a insulina en desamparados, en el III cuatrimestre del 2017.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Universidad Hispanoamericana

Escuela de Enfermería

El presente instrumento ha sido elaborado con el propósito de determinar la PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y CREENCIAS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE EXPERIMENTAN UN AJUSTE AL TRATAMIENTO DE HIPOGLICEMIANTES ORALES A INSULINA EN DESAMPARADOS, EN EL III CUATRIMESTRE DEL 2017. Cuenta con tres partes, las cuales son selección única, respuesta abierta.

Óscar Zeledón Quirós

Iniciales del encuestado: _____

I parte. Indicaciones generales: Conteste de forma clara las siguientes preguntas marcando con una equis en el paréntesis correspondiente o escribiendo en el espacio en blanco lo que se le solicita.

1. Indique cuál es su sexo

() Hombre () Mujer

2. Indique cuál es su edad en años cumplidos

3. Indique su estado civil

() Soltero () Casado

() Divorciado () viudo

() Unión Libre

4. ¿Último año escolar aprobado?

5. ¿Con quién vive?

6. ¿Cuánto tiempo tiene de diagnosticado?

7. ¿Cuánto tiempo usó tratamiento oral?

8. ¿A partir de cuándo comenzó con las inyecciones?

9. ¿Usted mismo se inyecta?

10. ¿Qué tipo de insulina utiliza?

II parte. Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted percibe sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 - Excelente
- 2 - Muy buena
- 3 - Buena
- 4 - Regular
- 5 - Mala

2- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 - Mucho mejor ahora que hace un año.
- 2 - Algo mejor ahora que hace un año.
- 3 - Más o menos igual que hace un año
- 4 - Algo peor ahora que hace un año
- 5 - Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

Enunciado	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			

5- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
6- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7- Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8-Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9- Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10- Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11- Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

Enunciado	Sí	No
13- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		

14- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿estar triste, deprimido, o nervioso?)		
18- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de		

algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
--	--	--

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 - Nada
 2 - Un poco
 3 - Regular
 4 - Bastante
 5 - Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 - No, ninguno
 2 - Sí, muy poco
 3 - Sí, un poco
 4 - Sí, moderado
 5 - Sí, mucho
 6 - Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 - Nada
 2 - Un poco
 3 - Regular
 4 - Bastante
 5 - Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Enunciado	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo alguna Vez	Nunca
23- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto						

tiempo estuvo muy nervioso?						
25- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						

30- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
32- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

Enunciado	Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No Lo Sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
33- Creo que me pongo enfermo					

más fácilmente que otras personas.					
34- Estoy tan sano como cualquiera					
35- Creo que mi salud va a empeorar.					
36- Mi salud es excelente.					

III Parte. Sírvase de responder las siguientes preguntas.

1. ¿Cree que usted que la DM interfiere en la posibilidad de tener hijos? Por favor explique por qué.

2. Anote al lado de cada aspecto los cambios que notó cuando pasó de las pastillas a las inyecciones.

Físico	
Mental	
Espiritual	
Familiar	
Social	

3. ¿Considera usted que el médico le indicó el tratamiento inyectable debido a que su condición de salud empeoró? Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

4. ¿Alguien ajeno a profesionales de la salud le ha recomendado otros tratamientos?

Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

5. ¿En los últimos 6 meses consumió algún remedio casero, visitó algún hierbero o recibió algún tratamiento no médico para su enfermedad? Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

6. ¿Considera usted que hay relación entre el uso de insulina y la posibilidad de perder alguna parte de su cuerpo? Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

7. ¿Cree usted que la insulina le afecta su peso corporal? Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

8. ¿Cómo almacena usted la insulina?

Explique: _____

9. ¿Cuándo usted no se encuentra en su hogar, qué método utiliza para aplicarse el medicamento?

Explique: _____

10. ¿En qué partes de su cuerpo puede aplicarse la insulina?

Explique: _____

11. ¿Cada cuánto cambia el sitio de aplicación de la insulina?

Explique: _____

12. ¿Cree usted que al aplicarse la insulina experimenta dolor en algunas zonas de su cuerpo y en otras no? Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

13. ¿Cada cuánto cambia usted la jeringa con que aplica la insulina?

Explique: _____

14. ¿Cree usted que cuando se aplica la insulina esto le permite consumir cualquier tipo de alimento? Si () No () NS/NR ()

Explique: _____

Anexo 6: Tabulación Plan Piloto

Características Sociodemográficas

	Masculino	Femenino
Sexo	8	2

	Casado (a)	Soltero (a)	Unión Libre	Separado (a)	Viudo (a)
Estado Civil	52	7	13	9	7

	Primaria	Secundaria	Universitario (a)
Escolaridad	5	4	1

	Simple	N.P.H - Simple
Tipo de Insulina	7	3

	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40
Parámetro de años de diagnóstico	2	3	3	2

	1 a 10	11 a 20	21 a 30
Parámetro de años de Tx V.O	5	3	2

	1 a 10	11 a 20
Parámetro de años de Tx Inyectado	8	2

Percepción de la Salud (Cuestionario SF36)

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Salud general	1	5	2	1	1
Salud actual vs.	0	1	8	1	0

Salud hace un año					
-------------------	--	--	--	--	--

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita nada
¿Su salud le limita hacer esfuerzos intensos?	2	7	1
¿Su salud le limita hacer esfuerzos moderados?	0	9	1
¿Le limita levantar la bolsa de compras?	0	4	6
¿Puede subir varios pisos?	2	4	4
¿Puede subir un solo piso?	2	6	2
¿Puede agacharse?	1	4	5
¿Puede caminar un kilómetro?	3	5	1
¿Puede caminar varias manzanas?	0	5	5
¿Puede caminar una manzana?	0	0	10
¿Le limita vestirse solo?	0	0	10

Durante las últimas 4 semanas:	No
¿Redujo su tiempo de trabajo?	10
¿Hizo menos de lo que quería hacer?	10
¿Dejó de hacer algunas tareas?	10
¿Dejó su trabajo incompleto?	10
¿Redujo su trabajo por problemas emocionales?	10
¿Hizo menos de lo que quiso hacer por problemas emocionales?	10
¿Ha estado deprimido, triste, etc?	10

	Nada
Limitaciones por problemas emocionales	10

	Ninguno	Muy Poco
Dolor en alguna parte del cuerpo	2	8

	Nada	Un Poco
El dolor le dificulta el trabajo	9	1

Durante las ultimas 4 semanas:	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1	1	2	2	0	4
¿Cuánto tiempo estuvo nervioso?	5	0	1	0	2	2
¿Cuánto tiempo se sintió bajo de moral?	0	0	0	0	0	10
¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	0	0	8	2	0	0
¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1	1	6	2	0	0

¿Cuánto tiempo estuvo triste?	0	0	0	1	1	8
¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	0	0	0	1	5	4
¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	0	1	9	0	0	0
¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	0	0	0	4	33	3
¿Su salud afectó sus relaciones sociales?	0	0	0	0	0	10

	Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
Me pongo más enfermo fácilmente	0	0	0	9	1
Estoy tan sano como cualquiera	5	0	3	2	0
Mi salud va a empeorar	0	0	10	0	0
Mi salud es excelente	3	2	5	0	0

Creencias que posee el paciente con Diabetes Mellitus Tipo II

	Sí	No
¿Considera usted que la Diabetes Mellitus II le impide tener hijos?	1	9

¿Considera usted que el médico le cambió el tratamiento porque su condición empeoró?	8	2
¿Alguien ajeno al personal de salud le ha recomendado tratamientos alternativos?	9	1
¿Ha consumido usted remedios caseros?	1	9
¿Cree usted que hay relación entre la amputación y la Insulina?	10	0
¿Cree usted que la insulina afecta su peso corporal?	1	9
¿Cree usted que al inyectarse siente más dolor en más zonas que otras?	10	0
¿Considera usted que por aplicarse insulina puede consumir cualquier alimento/bebida?	0	10

	Diario	Por Aplicación
¿Cada cuánto cambia la jeringa?	10	0

	Refrigerador
¿En dónde almacena la Insulina en su hogar?	10