



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
CLAVE DE INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M. 8898-62

**ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO
EN DIABETES MELLITUS TIPO II**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

RUBÉN YAXEL CORTÉS CASTILLO

ASESOR DE TESIS:

L.E.O. ROBERTO ARTURO ROJAS SALINAS

MARZO 2021

OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Es una gran satisfacción el saber que por fin se termina una etapa de esfuerzos y sacrificios, al culminar una meta muy importante en mi vida a pesar de los obstáculos que se presentaron fui capaz de superarlos.

A mi perspectiva es de gran importancia agradecer a mis padres y a mi hermana por el esfuerzo y el apoyo que me brindaron para cumplir una de mis metas y me enseñaron a no rendirme.

Gratifico a mis profesores que aportaron muchas enseñanzas y fueron parte de mi formación académica.

Agradezco al L.E.O. Rojas Salinas Roberto Arturo por haber aceptado ser mi asesor durante el desarrollo de esta indagación y haber sido participe de mi preparación profesional de igual manera todo el apoyo que me ha brindado.

A la L.E.O. Cabrera Galicia Irma Alicia y el L.E.O.E.E.N. Ángel Pérez Hernández les doy las gracias por haber aceptado ser mis sinodales, al igual que es importante mencionar que me siento afortunado por haber podido aprender de ellos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I.....	9
LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA	9
1.1 ¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA?	9
1.1.1 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA.....	10
1.2 PANORAMA GENERAL DE LA HISTORIA EN ENFERMERÍA.....	12
1.3 LA LABOR DE ENFERMERÍA EN MÉXICO.....	22
1.4 LA LABOR DE ENFERMERÍA EN EL SECTOR PRIVADO	30
1.4.1 ATENCIÓN PERSONALIZADA AL PACIENTE	32
CAPÍTULO II.....	35
CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR	35
2.1 TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	35
2.2 CUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR	38
2.2.1 VENTAJAS DEL CUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR	39
2.2.2 DESVENTAJAS DEL CUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR	40
2.3 TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E.....	42
2.4 AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN EL HOGAR.....	44
2.4.1 VENTAJAS DEL AUTOCUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR	45
2.4.2 DESVENTAJA DEL AUTOCUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR	47
CAPÍTULO III.....	49
LA DIABETES MELLITUS	49
3.1 DIABETES MELLITUS.....	49
3.2 HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS.....	50
3.3 DIABETES MELLITUS TIPO II	55
3.4 EPIDEMIOLOGIA DE DIABETES MELLITUS TIPO II EN MÉXICO.....	56

3.5 FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	61
3.5.1 DIAGNÓSTICO	63
3.5.2 CAUSAS	65
3.5.3 SIGNOS Y SINTOMAS	66
3.5.4 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	68
3.5.5 TERAPIA FARMACOLÓGICA	71
3.5.6 COMPLICACIONES	85
3.5.7 PRONÓSTICO	87
3.5.8 PREVENCIÓN	88

CAPÍTULO IV	91
LA INFLUENCIA SOCIAL EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II	91
4.1 ¿QUÉ ES LA SOCIEDAD?	91
4.1.1 TIPOS DE SOCIEDAD	92
4.2 LA SOCIEDAD EN EL MÉXICO ACTUAL	94
4.2.1 HABITOS DE ALIMENTACION EN MÉXICO	98
4.2.2 HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MÉXICO	102
4.3 CREENCIAS SOBRE LA DIABETES MELLITUS	107
4.4 INFLUENCIA DE LA SOCIEDAD EN LA DIABETES MELLITUS	109
4.5 REMEDIOS CASEROS EN LA DIABETES MELLITUS	111

CAPÍTULO V	119
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	119
5.1 ¿QUÉ ES LA INVESTIGACIÓN?	119
5.1.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN	120
5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	124
5.3 JUSTIFICACIÓN	124
5.4 OBJETIVO	125
5.4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	126
5.5 HIPÓTESIS	126
5.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	126
5.6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	127

5.6.2 TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	131
5.6.3 MUESTRA DE LOS INDIVIDUOS BAJO ESTUDIO	131
5.6.4 PERIODO DE ESTUDIO.....	132
5.6.5 ANALISIS DE RESULTADOS EN CUESTIONARIOS Y DESCRIPCIÓN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.....	136
5.6.6 MUESTRA DEL CUESTIONARIO SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II	154
CAPÍTULO VI	159
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	159
6.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A JOSÉ LUIS CORTÉS MARTÍNEZ	159
6.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A ALEJANDRO GUILLERMO CORTÉS MARTÍNEZ	164
6.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A CECILIO CASTILLO AMARO.....	171
6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A ÁLVARO CORTÉS MARTÍNEZ	176
CONCLUSIONES	182
ANEXOS.....	184
GLOSARIO	213
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

Introducción

Hasta el año 2005 fue valorada la labor de enfermería como profesión por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Vicente Fox Quesada destacándola como una ciencia esencial para la atención y cuidado de la población Mexicana, por lo cual a partir de esta fecha fue catalogada ya no solo a nivel técnico, si no como una licenciatura. Con el paso de los años la enfermería ha adquirido cada vez mayor responsabilidad en el cuidado y el bienestar de la sociedad brindando atención con ética y calidad profesional de acuerdo a las necesidades de la población.

La población Mexicana se caracteriza a nivel mundial por tener enfermedades crónicas degenerativas con un gran porcentaje en la tasa de mortalidad; entre ellas la Diabetes Mellitus tipo II la cual ocupa el segundo lugar a nivel nacional. Es por eso que surge la necesidad de realizar la siguiente investigación sobre los cuidados y autocuidados de la diabetes mellitus tipo II, ya que esta es una enfermedad que se encuentra dentro de las principales causas de muerte en el país debido a las complicaciones, por lo que es importante que desde el hogar se pueda tener un control y cuidado de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II para poder mejorar su calidad de vida, así como aumentar su esperanza de vida.

En el capítulo I se expone la idea de que la enfermería ha existido desde épocas antiguas caracterizándose por diversos personajes históricos a nivel internacional como la madre de la enfermería Florence Nightingale quien fue participe atendiendo a los heridos en la guerra de Crimea conociéndola como la dama de la lámpara, por otro lado a nivel nacional encontramos a Refugio Esteves Reyes (madre cuca) quien se caracterizó por ser la primer enfermera militar del país durante la época revolucionaria. Con el avance de los años se determinó una mínima importancia de la enfermería para el cuidado de la salud de la sociedad mexicana y por lo tanto en el país se desarrollaron distintos avances con la finalidad de atender a la población como hospitales y educar a más enfermeras con el apoyo de médicos de otros países con base a la fundación de distintos colegios, esto con la finalidad

de que atendieran a las personas a pesar de ser tomada como un oficio efectuado solo pro mujeres con una paga extremadamente baja.

En el capítulo II se describe las distintas funciones propias de la enfermería entre las cuales se encuentran las labores asistenciales, docentes, investigadoras y administrativas, gracias a estas funciones esta ciencia ha desarrollado grandes teóricas las cuales buscan satisfacer los bienes comunes de los individuos con cualquier enfermedad, buscan cubrir ciertos factores primordiales para el mantenimiento de su estado de salud en el caso de esta investigación se hace mención de la teoría del cuidado de Jean Watson quien habla sobre el apego a la humanización y la importancia de la repercusión en la interacción entre enfermera y paciente donde se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos con la finalidad de ampliar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y este haga conciencia para prevenir y lograr satisfacer alguna necesidad; otra teoría mencionada en esta indagación es la teoría del autocuidado desarrollada por Dorothea Elizabeth Orem quien define que el cuidado que el paciente le da a su enfermedad es dirigida hacia un objetivo desarrollándola como una conducta habitual y éste aprenda a cuidar de sí mismo.

El tercer capítulo habla sobre datos generales de la diabetes mellitus tipo II realizando una diferenciación entre los tipos de diabetes, se describen datos de epidemiología en México, fisiopatología y la historia natural de la enfermedad, esto con la finalidad de ampliar el conocimiento sobre esta patología ya que es un problema de salud pública, por lo que es gran importancia para esta investigación para el fenómeno bajo estudio.

En el capítulo IV se explican los tipos de sociedades enfocándose a la evolución a la cual se encuentra manipulada por los grupos que la conforman y buscan un fin en común, los hábitos alimenticios en México es un elemento importante ante esta enfermedad a causa de que la población se caracteriza por consumir alimentos ricos en grasas generando mayor riesgo para desarrollar complicaciones, así como la ideología a cerca de la diabetes mellitus tipo II y los tratamientos caseros que manipula la sociedad como parte de su cultura son

practicados por generaciones bajo la fundamentación empírica en la cual aseguran que son efectivos a pesar de la falta de evidencias que justifiquen su seguridad, esto es un factor importante ya que se menciona la influencia social ante el cuidado y el autocuidado de la diabetes mellitus tipo II debido a la falta de apego al tratamiento causada por un razonamiento generado por las conclusiones propias de los individuos el cual es derivado de información manipulada por la mentalidad social o falta de justificación científica.

El capítulo cinco habla sobre la metodología de esta investigación la cual es caracterizada por ser cualitativa, expone el diseño de esta indagación y las actividades que se realizaran para poder aterrizar sobre el planteamiento del problema del autocuidado de la diabetes mellitus tipo II ante el fenómeno social, así como los objetivos, el método de recolección de datos y el análisis de los resultados.

El sexto y último capítulo doy a conocer diversos planes de cuidados de enfermería esto con la finalidad de integrar varias intervenciones con las que se busca generar un cambio en los participantes sobre su estilo de vida y el control de su enfermedad.

CAPÍTULO I

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA

1.1 ¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA?

Para dar inicio a la investigación comienzo definiendo que es la enfermería con la finalidad de entender las funciones que realiza retomando la definición de distintos autores.

Para comenzar, la palabra enfermería proviene del latín (in, negación); (firmus, firma, firmum, firme, resistente, fuerte); y eria, actividad, establecimiento o actividad, relacionado con los no firmes, no fuertes, enfermos). Forma parte de la ciencia de la salud que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos siguiendo protocolos clínicos.

Primero, la OMS (*OMS 2020*), define que la “Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias”.

Segundo, la Asociación Americana de Enfermería (por sus siglas en inglés (ANA) (*ANA 2014*), la define como la “protección, promoción y mejora de la salud y habilidades, prevención de enfermedades y lesiones, el alivio del sufrimiento por medio del diagnóstico y tratamiento y la promoción de la asistencia a los individuos, familias, comunidades y poblaciones”.

Y tercero, Florence Nightingale (*Florence Nightingale 1853 - 1874*), define que la enfermería “Debe colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno”.

Al citar estas definiciones deduzco que la enfermería es una ciencia humanística que ve a un individuo como un ser holístico en el cual se encargará de prevenir, sanar, rehabilitar y brindar atención para que las personas presenten un mejor estado de salud brindando atención a todo tipo de personas que presenten alguna enfermedad o no e incluso ayudar al individuo a tener una muerte tranquila,

una característica fundamental de la enfermería es que debe ser flexible y apearse de acuerdo a las necesidades de un individuo, familia o población.

Por ello, a partir de esta definición mi propuesta está encaminada al mejoramiento de la atención y el autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II.

1.1.1 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA.

Las funciones de la enfermería son aquellas acciones que se pueden desempeñar en el área laboral, que en su conjunto logran un desempeño óptimo de los servicios de salud.

El profesional de enfermería a lo largo de su preparación ha adquirido competencias al movilizarse en diferentes campos laborales se pone en práctica la combinación de distintas actividades para cuidar y ayudar a las personas, realizando funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación, las cuales se describen a continuación:

- **Asistencial:**

Va encaminada a la atención del individuo para prevenir y conservar la salud y el mejoramiento durante procesos patológicos que puede ser realizada en diversos medios con el apoyo multidisciplinario del sector salud, en la siguiente forma:

- **Intrahospitalario:** La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se concretan en atender las necesidades básicas del individuo y aplicar los cuidados para la reducción de daños provocados por un estado patológico.
- **Extra hospitalario o comunitario:** el personal de enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

- Docente:

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla hacia la formación de futuros profesionales e intervenir en los procesos de educación poblacional para la salud, donde debe tener estas actividades para cumplir con la función docente. Dentro de las actividades que puede realizar se encuentran las siguientes:

- Educación sanitaria a personas, familias y comunidades.
- Educación al equipo sanitario
- Formación continua.

- Investigación:

Se lleva a cabo mediante el apoyo de otros profesionales de la salud donde se busca el aprendizaje de distintos aspectos para mejorar la práctica, entre ellos actualización de técnicas y de procedimientos propios del sector salud, y mejoramiento en la docencia en la aplicación y desarrollo de nuevas teorías.

- Administrativa:

Da inicio cuando se realiza una actividad con más de una persona y en el medio sanitario es muy frecuente, El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

De acuerdo a las diversas funciones y actividades que desempeña la enfermería es posible intervenir brindando recomendaciones para una atención desde el hogar, hacia un paciente con diabetes mellitus tipo II ya que el enfermero (a) tiene la responsabilidad y la capacidad de efectuarlas y mejorar el autocuidado en el paciente.

1.2 PANORAMA GENERAL DE LA HISTORIA EN ENFERMERÍA

En algún momento de la vida cada ser humano trabaja para la salud pues día con día se realizan acciones donde la finalidad es mejorar su condición. Para determinar la importancia de la enfermería se debe tener en cuenta los orígenes de donde provienen los cuidados y cómo ha evolucionado la atención a los enfermos y la enfermería.

La salud en la prehistoria.

Según Virseda (*Virseda, 2006*), tomando en cuenta que “desde la época prehistórica se han presentado métodos de tratamientos naturales hacia las enfermedades e incluso cuidados para los enfermos, algunos historiadores determinan que las primeras tribus nómadas pudieron gozar, en general, de un buen estado de salud”.

A pesar de la dura vida de los nómadas por encontrar alimento ya que les afectaba el clima, los combates y luchas se considera que presentaron buena salud. Según hallazgos se detecta que una de las principales causas de muerte en la prehistoria sobre el ser humano fueron las complicaciones durante el embarazo y las heridas causadas por cacería o peleas con otras tribus; sin embargo, por medio de la evolución y las conquistas territoriales se dio un avance importante en la atención a los enfermos.

Según Daley (*Daley, 2019*) “Durante el período neolítico (8000 a.C.), cuando se había iniciado el proceso de transición para establecerse en comunidades fijas, parece ser que la estatura se fue modificando. El motivo puede ser la dieta alimenticia pero también existe la posibilidad de que nuevas enfermedades endémicas tuvieran cierto impacto, especialmente aquellas que causaban anemias, tales como la malaria. También fue aquí donde se encontró la primera evidencia de talasemia, una adaptación hereditaria de los glóbulos rojos de la sangre, que actúa como la malaria”.

El ser humano al presentar una evolución en su desarrollo social y presentar el interés por una permanencia en un área específica se vio obligado a cambiar su estilo de vida, a causa de que los alimentos ya no tenía que buscarlos si no que ahora tendría que cultivar su propio alimento.

Daley (*Daley, 2019*) dice que “Los asentamientos también implicaban algunas desventajas para la salud debido a que con el comercio entre los diferentes poblados llegaban más enfermedades; las viviendas permanentes, la acumulación de los desechos humanos y la proximidad de los animales domésticos atraían a las ratas y a otros animales portadores de enfermedades; y la gente que permanecía en un lugar fijo sufría infecciones constantes causadas por diversos parásitos”.

La nueva sociedad comenzaba a producir sus nuevas enfermedades de las que aún hoy somos herederos. Todos los conocimientos que se adquirían durante los tratamientos naturales hacia las enfermedades eran heredados de generación en generación, las enfermedades infecto-contagiosas, se consideraba que estaban producidas por espíritus que habitaban en la naturaleza o eran desarrolladas por la relación de un deseo de algún individuo.

El hombre primitivo creía que todos los objetos naturales tenían vida y poseían un espíritu o alma. Es lo que se conoce como fase mágico-religiosa y posteriormente aparecen los curanderos. En distintas civilizaciones se desarrollaron grandes avances hacia la enfermería entre las más importantes están:

- Los Babilónicos:

Los Babilónicos, se consideraba que tener salud era estar bien con Dios.

Buitrago afirma que (*Buitrago, 2012*) “Se creía que la humanidad vivía en estado de salud y felicidad en un paraíso, en donde había ocho frutos y entre estos uno era prohibido, la Cassia, que no podía ser comido. Si no se respetaba eso, la persona era castigada con una enfermedad de nombre Shertu”.

En esta época se hace referencia al código Hammurabi, el cual fue el primer conjunto de leyes de la historia para fomentar el bienestar entre las sociedades. El método que realizaban para curar una enfermedad era por medio de dos procesos: diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se llevaba a cabo por interrogantes y, según haya sido la falta o pecado que la persona había cometido, procedía a dar un tratamiento, con oraciones, sacrificios o también empleaban los métodos que practicaban las poblaciones de los tiempos remotos. El enfermo, era aislado socialmente al ser un individuo en pecado. Si después de ser tratado, no sanaba, el enfermo debía resignarse y no volver a la sociedad.

- Hebreos:

. Según Blanco (*Blanco, 2009*), “Se crearon unas casas para forasteros que llamaron Xenodochias, también para el cuidado de los enfermos y fueron financiadas mediante un sistema de recaudación”.

En esta civilización surge la aparición de la Ley Mosaica, conteniendo todas las normas de higiene requeridas en un centro de cuidado y gracias a esto aparecieron las primeras instituciones hospitalarias para forasteros

- Egipcios:

Calvo afirma que (*Calvo, 2003*) “Se crearon los papiros donde se explica la preparación de medicinas. Entre los papiros más importantes está el de Ebers, Brugsch, Edwin Smith, etc”.

Estas sociedades se caracterizaban por sus creencias mitológicas. Los egipcios fueron los primeros en instaurar acueductos con la finalidad de evitar la presencia de enfermedades relacionadas con la higiene. Existió un cuerpo de inspectores sanitarios oficiales de la salud. Reconocieron la importancia de un sistema de desagüe adecuado, de un buen suministro de agua y de la inspección de mataderos.

Según González (*González, 2013*) “Eran muy minuciosos con el aseo del cuerpo, y practicaban la circuncisión como medida higiénica”.

La higiene corporal era fundamental para ellos con el objetivo de reducir las enfermedades, la civilización egipcia permitió la creación del hospital Hieron de Epidauros en donde los sacerdotes fueron los responsables de atender a los enfermos y curarlos. Utilizaban remedios como, la cerveza, la miel, la levadura, los higos, los ajos y las telarañas para curar abscesos. A los moribundos les daban cerveza o estupefacientes para evitar el sufrimiento. Estas sustancias eran preparadas en forma de polvo, cocciones, cataplasmas y emplastos por el farmacéutico.

- Griegos y Romanos:

Chamorro dice que (*Chamorro, 2015*) “Los griegos reconstruían los orígenes de los pueblos y discutían sobre la salud, la enfermedad y la práctica médica”.

Relacionado a esto se basaron en papiros y compendios; hablaron de epidemias debido a la alta tasa de mortalidad y estudiaron medicina y enfermería dividiéndolos en grupos de los cuales estos elaboraron un concepto de enfermedad de forma racional despreciando las creencias, poderes y saberes sobrenaturales y considerando solamente la intelectualidad y logrando un gran avance en la recuperación de las personas después de un proceso de enfermedad el cual diagnosticaban a través de un método llamado anamnesis.

Torres (*Torres, 2006*) dice que en Roma “Se enfocaron en las guerras, en los saqueos y en derrocar monarcas y como consecuencia no avanzaron en esta labor. Los cuidadores eran los esclavos, eran los únicos autorizados para tocar al enfermo; sobra mencionar que eran repudiados y aislados”.

Las personas simplemente morían debido al poco interés y al poco avance respecto a la enfermedad y como tratarla; su necesidad era de personas capaces, capaces para saciar sus ambiciosos deseos, por lo cual prestarles atención a los enfermos era una pérdida de tiempo.

- Hindúes:

Chamorro (*Chamorro 2015*) dice que “Los médicos cirujanos hindúes fueron los primeros en realizar extracción de amígdalas, amputaciones y partos por cesárea. Esta época se caracteriza por sus fuentes de conocimiento histórico: Vedas y Upavedas que tratan sobre medicina, cirugías, enfermedades infantiles, higiene y prevención de la enfermedad”.

Su definición de salud-enfermedad se otorgó por dos sistemas filosóficos imperantes: el brahmanismo y el budismo. Sin embargo, a pesar de sus grandes creencias religiosas, sabían que el contagio de las enfermedades se daba por causa de los mosquitos. Los cuidados en salud se llevaban a cabo por el médico, los medicamentos y el ayudante del médico. Los contribuyentes de mayor influencia

fueron dos libros Sushruta y Charaka. El primero representaba el aspecto quirúrgico de la medicina hindú. Charaka el aspecto médico”

- Chinos:

Según Reyes (*Reyes, 2008*) dice que “En China la salud se consideraba como el resultado de un estado de armonía del espíritu consigo mismo y con el universo. Se pensaba que la naturaleza estaba regida por la dualidad básica del Yin y el Yang”.

Según las creencias chinas el Yin es descrito como oscuro, negativo y femenino, mientras que el Yang, claro, positivo y masculino. El desequilibrio entre estas dos energías contrapuestas originaría la enfermedad. Los tratamientos se basaban en infusiones, curaciones, masajes, hierbas y todo tipo básico de cuidado y tratamiento, debido a que su religión los detenía; fueron distinguidos por sus avances.

- Continente Americano:

Cabal (*Cabal, 2011*) indica que “La llegada de Colón trae a América la renovación del catálogo de enfermedades, las cuales eran atribuidas a ofensas hacia los dioses. La salud era simplemente una cuestión de equilibrio entre el hombre, la naturaleza y lo sobrenatural”.

El desarrollo de las curaciones y tratamientos junto con el “trabajo sucio” y también era responsabilidad de alguien importante aislado de la tribu la solución de estas molestias. Los curanderos (brujos) y más tarde los sacerdotes, fueron los que intentaron sanar las enfermedades tanto de la mente como del cuerpo a través de ceremonias de tipo religioso con el tratamiento sobre base de hierbas medicinales y métodos quirúrgicos como la extracción de piezas dentarias, la sangría, la trepanación, los vendajes, las suturas y las amputaciones, también la magia y transferir enfermedades a un animal.

Fase religiosa – institucional

Inicio con el mundo religioso donde la salud y la enfermedad eran designios de Dios, por lo que es muy importante la persona cuidadora ya que esta realizaba

este cuidado para rendirle amor a Dios. El cristianismo expresa su amor a Dios a través del cuidado y el amor a los pobres y enfermos, en razón a esta creencia, es innegable que la enfermería recibe una gran influencia del cristianismo; valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor son reafirmados por la doctrina de Cristo. Esta etapa marcada por el cristianismo donde todo lo que se tiene se hace y se piensa es debido a un Dios, y toda la ayuda que se preste al enfermo era para el perdón de los pecados, se ve que en esta época se enmarcan valores y ayuda a los demás como una forma de amor a Cristo.

Es oportuno resaltar, que en este tiempo aún no se le llamaba “enfermería”, sino que se trataba de una práctica basada en la vocación de la persona que deseaba ayudar a los enfermos. Febe fue considerada la primera enfermera visitadora; atendía a los enfermos en sus hogares y su principal actividad consistía en participar en los bautismos por inmersión, ungiendo el aceite y apoyando la labor del diácono. Visitaba y cuidaba a pobres, desvalidos y enfermos, proporcionando cuidados físicos y espirituales. Desde entonces, la enfermería representa misericordia y caridad.

Gracias a que Febe cuidaba y visitaba a los enfermos, apoyando a los diáconos en sus quehaceres, y también proporcionando cuidados a los pobres, influyó en la enfermería debido a que logró un cuidado humano y piadoso. Entre uno de los cambios propuestos fue la acogida de los enfermos en las casas de los diáconos, ya que fueron habilitadas habitaciones especiales para ofrecer un mejor cuidado. Esta propuesta llegó en un momento muy vulnerable, por tanto muy rápidamente estas habitaciones se hacen insuficientes, se requiere la construcción de edificios para albergar a estos enfermos y son los llamados Xenodoquio, que son hospitales primitivos que socorren a los enfermos de la comunidad cristiana, pero poco a poco empiezan a atender a gente necesitada sin hogar.

Febe fue una diaconisa originaria de Grecia considerada la primera matrona y citada en la Biblia en (*Rom: 16:1-2*). Perteneciente al estatus social de la nobleza, fue importante durante la época del cristianismo ya que gracias a ella se pudo dar a conocer la atención privada y personalizada hacia los pacientes gracias a que brindaba caridad y misericordia hacia aquellos que cuidaba en el hogar.

Enfermería en la Edad Media

La actividad de enfermería durante la Edad Media fue ejercida por personas de la nobleza, y su trabajo era considerado "trabajo de Dios". Esta labor requería oración y penitencia como medio de purificación y perdón. No se esperaba ninguna recompensa terrenal. El auxiliar del enfermo se basaba más en lo espiritual y en la oración que en una sanación, en el cuidado se encargaban personas de la nobleza junto a ellas el clero que eran personas privilegiadas de la sociedad y con poder económico y político y la ayuda que prestaban era sin ningún interés alguno solo de glorificar a Dios.

Según Quintero (*Quintero, 2001*) "Al dar inicio a la Edad Media, el mundo entra en decadencia, y prevalecen el caos y la muerte por las permanentes invasiones de tribus bárbaras, grandes epidemias, constantes guerras y desastres naturales. El hospital era una institución eclesiástica, más que médica. Se utilizaba para el cuidado y la oración, más que para la curación; para aliviar el alma, más que para el alivio del cuerpo. La mujer cae en su posición social a una decadencia y subordinación. Surge el feudalismo, como sistema de tenencia y distribución de las tierras, el monasticismo y el islamismo".

Los hospitales se centraban más en cuidado y oración que en sanación al enfermo acompañado de esto surge el feudalismo un sistema de gobierno patriarcal, el monasticismo que es una práctica espiritual, renunciando a todo lo terrenal lo material y el islamismo. Este periodo supuso el final de la época oscura. La desvinculación de los individuos de las unidades protectoras, el establecimiento de las tribus bárbaras, el comercio y los avances tanto en la arquitectura como en la medicina, la imprenta y las artes crearon una época de entusiasmo y de optimismo. Con las Cruzadas (mitad del siglo XI) suceden cambios políticos y militares muy importantes, como consecuencia del avance de invasores de Oriente Medio.

Renacimiento

Surgen órdenes hospitalarias dedicadas al cuidado. A finales de siglo XII se empiezan a dar pasos hacia el hospital moderno, debido a que la administración del hospital queda en manos de la burguesía. Es necesario un mayor control de las instituciones hospitalarias, se generan normativas, se produce un intento de convertir los hospitales en entidades más eficaces. Estas órdenes se dirigían hacia Jerusalén

con los medios de los que disponían; a pie, a caballo, y el movimiento de tanta gente durante tantos días hace que muchos caigan enfermos además de que son heridos cuando entran en combate. Los miembros de estas órdenes fundan hospitales a lo largo del camino, conforme los van necesitando para atender a sus propios enfermos. Las órdenes militares de enfermería eran un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las hermandades militares. Estas órdenes combinaban los atributos de la religión y la caballería, del militarismo y la caridad en su servicio al prójimo. Las historias en este período contienen poca información sobre como cuidaban los caballeros a los enfermos y heridos.

En el período de las órdenes mendicantes la iglesia ha adquirido gran poder económico. Los abades se enriquecieron. Debido a esta corrupción surge dentro de la iglesia una vuelta a lo anterior, a la pobreza. Surgen una serie de hombres y mujeres que vuelven a los antiguos monasterios que vivían de las limosnas. Sus principios eran: ejercer el ministerio de la caridad y de extender el cristianismo. La iglesia y los sacerdotes se enriquecieron debido a la corrupción, posterior a esto hay un retroceso y la iglesia vuelve a su punto de inicio, que era extender el cristianismo y asistencia de caridad a enfermos. Franciscanos y Clarisas: Fue una orden fundada por San Francisco de Asís que en un momento dado renuncia a sus bienes y forma una comunidad cristiana que vive de la limosna y cuida a enfermos y a leprosos. Esta orden se encargaba al principio de cuidados de enfermo y luego a la parte espiritual y del alma los cuales recibían ayudas caritativas para suplir las necesidades del cuidado.

Durante las órdenes seculares se realizan cuidados básicos, tanto en hospital como en domicilio. Viven en sus casas pero por su ideal cristiano se dedican al cuidado de pobres y enfermos y vienen a recoger el papel que hacían las Diaconisas. Estos cuidados eran prestados por personas cristianas, mujeres vírgenes, mujeres consagradas, viudas dedicadas al cuidado. Estas son las terciaras dominicanas, las terciarias franciscanas y las beguinas y las órdenes religiosas. Aparecen órdenes religiosas a las que la iglesia obliga a tomar votos religiosos perpetuos y por otro lado obliga a los monasterios a que cierren sus hospitales, porque piensan que la obligación fundamental es la oración y el cuidado a los enfermos les distrae. En esta

orden hay una caída a la modernización ya que la iglesia vuelve a imperar y se exige el cierre de hospitales de los monasterios porque van en contra de las leyes cristianas, y solo se debe orar para que así haya una sanación de Dios.

Edad Moderna

Se relaciona esta etapa con los cuidados y con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad, en el mundo contemporáneo la enfermedad pierde connotación religiosa, posteriormente en el siglo XX ocurren para las enfermeras dos presiones las cuales la hacen entrar en un conflicto permanente. La sociedad de esa época esperaba de las enfermeras una actitud maternal y abnegada, que se basara en modelos precedentes, por otra parte el plan de atención a la salud organizaba patrones médicos que requerían a las enfermeras especializaciones en técnicas curativas y que se prepararan menos en el cuidado del enfermo como persona. Ambas partes entran en crisis, que comienzan a rechazar el aspecto vocacional en el sentido religioso. En el campo de las actividades médicas se extiende y exige delegar acciones, de esta forma sale la mujer auxiliar del médico, como servidora de un ideal que corresponde conservar alma de jefe con sentido de observación, disciplina y corazón sensible.

Edad Contemporánea

En el siglo XIX la población creció y la cifra de nacimiento fue alta y disminuyó la muerte infantil y surge el control de la natalidad en los grupos sociales altos, después aparece una gran emigración, que favoreció a Europa disminuyendo el hambre. De este modo surgieron dos estratos sociales diferentes como la burguesía y los trabajadores, estos dos fueron obteniendo conciencia de clase y defensa en sus derechos creando lugar a los sindicatos, de esta forma comienza la lucha contra las clases sociales. Luego la investigación da como resultado el progreso científico de avances médicos como en las ciencias físicas y biológicas. Es así como se inicia la búsqueda de los estándares de mejoramiento del manejo de la salud y de las prácticas que le permitirán al ser humano tener un control sobre los desencadenantes de la enfermedad y el posterior manejo y control de las mismas.

En el siglo XX se descubre una cifra de numerosos agentes etiológicos que causaban enfermedades infecciosas.

La medicina surge con un descubrimiento importante sobre teorías que se realizaban a lo largo del siglo XX. El desarrollo industrial cambio el equilibrio ecológico del hombre, dando nuevos problemas de salud. La situación sanitaria fue diferente en todos los aspectos del mundo a diferencia de la época moderna, esta circunstancia favorecida por el desarrollo de la medicina y por la toma de conciencia, luego comienza la etapa de la salud entendida como una lucha contra la enfermedad y de esta manera se generan los cambios que precederán a la aparición de las escuelas técnicas de formación de la enfermera y se dejara atrás la época oscura de la enfermería.

El comienzo de interés público por el progreso que obtiene la enfermería con distintas corrientes de opinión y los médicos, el clero y los ciudadanos filántropos abogaban por el establecimiento de sistemas de enfermería de diferente naturaleza mientras otros defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos. Esta preocupación social dio como resultado una serie de cambios el cual fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. Florence Nightingale inicio su labor en la guerra de Crimea, asistiendo a los soldados heridos. En este escenario se dio cuenta de las condiciones en que se encontraban los hospitales, las cuales no correspondía a las necesidades de los heridos, ya que no contaban con medidas de higiene, ni con el personal suficiente.

Florence fue quién avanzó en formar una escuela para el entrenamiento de practicantes de enfermería, y que en 1857 el tiempo de formación ya requería de un año. Su proyecto intentaba enfrentar una doble oposición, que por su parte, el personal médico, que no consideraba pertinente el entrenamiento de la enfermera pero por otra parte los movimientos feministas de la época decían que esta era una nueva forma de sujeción de las mujeres al poder de los hombres.

Catalina (*Catalina, 2001*) afirma que Florence Naghtingale, “Es la representante del fin de la actividad enfermera empírica y vocacional. Es ella la

verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organizadora de la profesión y la educación formal de las enfermeras”.

Su formación de enfermera la adquirió de forma autodidacta e informándose de los cuidados que se prestaban en distintos países, presento un gran interés ante la evolución del estado patológico de los individuos y los cuidados que debía prestar para su mejoramiento.

Young (*Young, 1995*) menciona que “Fue hasta 1860 donde Florence organizó una escuela modelo donde se enseñaba el arte de la enfermera, fundada en el hospital de St. Thomas en Londres dando inicio con solo 10 estudiantes”.

La creación de esta escuela tuvo el objetivo de romper la etapa oscura de la enfermería, haciendo comprender a la sociedad que las profesionales eran personas de éticas morales y que era de digna preparación. La escuela se basaba en dos principios. El primero, que las enfermeras debían adquirir experiencia práctica en hospitales organizados especialmente con ese propósito. El otro era que las enfermeras debían vivir en un hogar adecuado para formar una vida moral y disciplinada.

De acuerdo al contexto histórico en el que se vio envuelta la enfermería en cuanto a los cuidados y atención a los enfermos se logra destacar que en nuestros días ha presentado un auge importante y cada vez es más independiente en cuanto a sus actividades y desempeña una labor importante en la atención de las personas, el tiempo en el que fue evolucionando el ser humano fue herramienta para entender su entorno y en base al conocimiento empírico poder tratar y entender las causas y los tratamientos para recuperar el bienestar y la salud de los individuos.

1.3 LA LABOR DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

Con el paso de los años la enfermería ha mostrado una evolución y adaptación a las necesidades de la sociedad siendo cada vez es más autónoma y adquiriendo mayor responsabilidad en la atención del paciente enfermo y no enfermo, presentando una gran labor en México.

El protomedicato

Donahue (*Donahue, 1988*) dice que “El protomedicato fue un tribunal constituido en 1628 en la Ciudad de México con el objetivo de vigilar el ejercicio y la enseñanza de la medicina, así como para cuidar la higiene y salubridad pública”.

Este tribunal se conformó por médicos egresados de la Universidad que dominaban una jerarquía de trabajadores de la salud que en orden descendente incluiría a cirujanos latinos, cirujanos romancistas, flebotomianos, parteras, dentistas, oculistas, hernistas y hueseros. Lógicamente esta corporación entró en crisis a raíz de la Independencia y frente al pensamiento liberal.

A finales del siglo XIX, las enfermeras tenían una paga de 8 pesos con 25 centavos al mes y cubrían largas jornadas de trabajo: durante el día, de las 7 a las 20 horas, mientras que en la noche, de las 20 a las 7 horas.

Hospitales en la época colonial

Durante la época colonial se fundaron distintos hospitales dando inicio por la Iglesia Católica como principal responsable de fomentar esos preceptos se arrogó la obligación de atender a los más necesitados y uno de esos resultados fue el Hospital como casa de misericordia, albergue para pobres y hogar de caridad. Las fundaciones hospitalarias en la Nueva España en el primer siglo colonial surgieron como respuesta a acciones de individuos y colectividades, en muchos casos era impostergable la atención de los diversos aspectos sociales como la salud pública entre los diversos sectores de la población fueran conquistadores o conquistados, estas acciones fueron apoyadas desde la metrópoli.

Sánchez (*Sánchez, 2001*) dice que “En este período colonial, se inició la educación universitaria de México, pues el Imperial Colegio de la Santa Cruz se transformó en la Real y Pontificia Universidad de México. Fueron diversas las órdenes religiosas que prestaron atención a los enfermos. Había también enfermeras que hacían las primeras curaciones en hospitales y cárceles; solteras o viudas honestas de edad madura, y ganaban \$50.00 (cincuenta pesos) al año. Su ocupación era tan humilde que no se les pedía licencia ni examen previo para ejercer”.

HOSPITAL	FUNDACIÓN	CIERRE	POBLACIÓN ATENDIDA Y ESPECIALIDAD MEDICA
Hospital de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno	1524		Conquistadores y sus descendientes. Españoles con solvencia económica y nobleza indígena. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital de Santa Fe	1532	1794	Indígenas del centro del reino. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital Real de Naturales	1531	1822	Indígenas del reino (incluidos los filipinos). Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital del Amor de Dios	1539	1786	Población general. Hombres y mujeres. Sífilis, mal gálico y bubas venéreas
Hospital de San Hipólito	1567	1842	Población general. Hombres demente
Hospital del Divino Salvador	1689	1821	Población general. Mujeres dementes
Hospital Real de San Lázaro 1	1524	1528	Población general Hombres y mujeres Mal de San Lázaro (lepra) y mal de San Antón (llagas)
Hospital Real de San Lázaro 2	1572	1862	Población general. Hombres y mujeres Mal de San Lázaro (lepra) y mal de San Antón (llagas)
Hospital Real de la Epifanía y Nuestra Señora de los Desamparados. San Juan de Dios	1582	1821	Población general, mulatos y negros libres. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital de Nuestra Señora de Montserrat	1590	1821	Población general. Hombres y mujeres. Peste
Hospital de San Andrés	1779	1910	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes hasta 1787 que los atendió
Hospital de la Inmaculada Concepción. Terceros de San Francisco	1650	1843	Hermanos de la orden de San Francisco. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital Real de San Pedro o de la Santísima Trinidad	1557	1821	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes
Hospital de San Antonio Abad	1628	1819	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades
Hospital de Belem	1694	1820	Población general. Hombres y mujeres. Todas las enfermedades excepto, lepra, sífilis y dementes.

La práctica de la partería en el México independiente

Guadalupe Yáñez (*Cárdenas Becerril, 2005*) dice que “La educación en el ámbito de Enfermería se inició con las escuelas de parteras, debido a que, en esas épocas, las mujeres morían principalmente por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio”.

La enfermería debía presentar un gran cambio en cuanto a la fundamentación de sus cuidados y la atención que brindaban a los individuos ya que tenían que adaptarse a las necesidades de la sociedad, se presentó un incremento importante ante el estudio y la practica siendo adquiridos en las escuelas de parteras.

En 1833, la Escuela de Medicina del Establecimiento de Ciencias Médicas exigía para ser partera los siguientes requisitos: ser mujer de 18 años por lo menos, intachable moralidad, de preferencia casadas o viudas, de constitución sana, conocimientos de lectura y escritura, aritmética, idioma nacional y francés y aprobar al ingreso un examen preparatorio.

Según Cuevas (*Cuevas 2011*) “La sociedad se encontraba en una situación educativa privilegiada en un país donde el analfabetismo era predominante, la educación primaria no correspondía a la gran mayoría de las mujeres a quienes se consideraba incapaz de estudiar una carrera universitaria debido a la clasificación social”.

Hubo influencia de otros países como Alemana y Norte Americana en la preparación de las enfermeras mexicanas por los nexos que el doctor Liceaga tenía. la primera fue Rose Crowder egresada de la escuela de enfermeras del Hospital del este de Illinois la enseñanza de la enfermería consistía en limpieza y uso del uniforme, preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de signos vitales, reporte de enfermería, baño y cambio de ropa, preparación y administración de alimentos y medicamentos, duchas, esterilización, preparación y manejo de material quirúrgico, cirugía menor, curaciones, actuación en la sala de operaciones, cuidado en cirugía abdominal y corneal y Rose Warden junto con el Dr. Eduardo Liceaga, establecieron el plan de

trabajo y reglamento que orientó la preparación de las jóvenes en el cuidado de los enfermos.

La enseñanza formal estuvo a cargo de las profesoras enfermeras e incluía los contenidos y procedimientos de enfermería contemplados en el modelo de Nightingale. La escuela de Medicina del Establecimiento de Ciencias Médicas estaba pensada para personas de ambos sexos, que estuvieran trabajando en los hospitales. Se puede distinguir en esta etapa de la enfermería en México, que no hubo hombres que accedieran a estudiar enfermería, situación que se asocia a que ellos tenían mayor acceso a la educación y por lo tanto estudiaban otras profesiones.

Las hermanas de la caridad.

Según Gómez (*Gómez, 1990*). “La organización fue fundada el 29 de noviembre de 1633, por Vicente de Paúl y Luisa de Marillac con el fin de dedicarse al servicio corporal y espiritual de los pobres enfermos”.

Esta organización realizaba visitas hacia los pobres y enfermos a quienes cuidaban hasta su recuperación o los acompañaban durante su agonía.

Vicentinos (*Valgañón, 1906*) afirma que “El día 9 de octubre de 1843 permitió el Gobierno de México que las Hijas de la Caridad se estableciesen en la República de México. Salieron de Cádiz el 11 de setiembre de 1844 y llegaron a Veracruz el 4 de noviembre”.

El permitir el ingreso de las hermanas de la caridad a México fue pieza fundamental para mejorar la calidad de atención ya que se adoptaron distintos cuidados y diversos conocimientos, esto les permitió la administración de distintos hospitales y trabajaron en el Hospital de San Pablo, el Hospital de San Andrés, el Hospital del Divino Salvador y el Hospital de San Hipólito en la capital.

Las leyes de reforma y la salud.

En 1861 se crean las leyes de reforma en las cuales se llegó a separar la iglesia del estado, con la secularización en los hospitales la atención de tipo caridad empezó a ser sustituida por la atención basada en la beneficencia.

Cabañas dice que (*Cabañas 1934*). “La caridad era un concepto piadoso y religioso, la beneficencia era un acto y deber del Estado y de la sociedad contemplada bajo los valores del liberalismo y positivismo”.

A partir de la creación de la beneficencia como institución hace siglo y medio, el país empezó a contar con hospitales públicos. La iglesia fue eximida del decreto de exclaustración de los conventos, como parte de las Leyes de Reforma, publicadas en 1861, por los meritorios servicios a favor de los enfermos que se realizaban. Sin embargo, en 1874, se decretó su expulsión separación definitiva del gobierno.

Fundación de la escuela de Enfermería en la ciudad de México.

El doctor Eduardo Liceaga, siendo Director de los Servicios Médicos del Hospicio, Maternidad y Consultorio en 1900, le solicitó al Presidente Díaz, autorización para establecer una Escuela de Enfermería en México. La Escuela fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, gracias a los esfuerzos del doctor Fernando López. Aunque en el Hospital General ya se habían impartido cursos de preparación para las enfermeras, en 1907 se creó el reglamento respectivo, en el cual se mencionó que la carrera se cursaría en tres años:

- Primer año. Llevarían Anatomía, Fisiología y Curaciones
- Segundo año. Llevarían Higiene y Curaciones en General
- Tercer año. Llevarían Pequeña farmacia, Curaciones, Cuidados de los niños, parturientas y enajenados.

Para poder cursar la carrera de enfermería se pedían algunos requisitos entre los que más destacaban fueron el haber cursado la escuela primaria, tener buena salud, 20 años de edad y constancia de buena conducta.

El doctor Liceaga realizó la invitación por medio de la prensa, en el discurso según Jamieson (*Jamieson, 1980*) “La asistencia de los enfermos iba a confiarse a personas del sexo femenino, a quienes se había estado dando desde hacía ya dos años, instrucción y educación apropiadas al objeto a que se les destinaba”.

Las calificaciones que se les asignaban eran: Mal, Mediana, Muy Bien y Superior; requiriéndose por lo menos tres medianas para ser aprobadas. Las alumnas reprobadas en dos cursos consecutivos, repetían el curso y perdían su empleo. A las que terminaban con éxito el tercer año de estudios, se les daba un Diploma por parte de la Dirección General de la Beneficencia Pública, que acreditaba que habían terminado la carrera. Cubrían jornadas de trabajo, de las siete a las veinte horas del día, y en la noche, de las veinte a las siete horas del día siguiente; 13 y 11 horas de trabajo respectivamente con un sueldo de 8 pesos al mes. Hermelinda García la primera enfermera que tuvo su diploma y certificado oficial el 28 de febrero de 1910.

La enfermería durante los siglos XX y XXI

Las funciones de la enfermera eran de tipo general, realizaban tareas domésticas. El personal era interno y laboraba turnos de día o de noche por doce horas, mientras que los sueldos eran de 33 a 66 centavos diarios. Los reglamentos establecían que la jefa de enfermeras, con su personal, hiciera gimnasia a las cinco de la mañana, después tomara el desayuno y a las siete debían estar en el servicio atendiendo pacientes. Todo el personal de enfermería era obligado a asistir a clases, distribuido de manera que favoreciera los servicios. En 1912, en el pabellón de tuberculosos del Hospital General de la Ciudad de México fue practicada una cirugía, participando por primera vez personal de enfermería.

Alatorre (Alatorre, 1994) dice que “En 1915, los carrancistas y villistas lucharon con el fin de ver realizados sus ideales. Los campos del bajío de la República Mexicana se teñían de sangre y se cubrían de heridos que reclamaban, con gritos y quejidos de dolor que se les brindara algún tipo de atención, las mujeres mexicanas se introducían en los campo de batalla para dar atención, cariño y consuelo a los caídos, entre las mujeres que participaron en la Revolución se encuentra Refugio Estéves Reyes, conocida como “Madre Cuca”, enfermera que se formó accidentalmente al buscar el sustento de sus hijos, a la edad de 25 años”.

Cabe resaltar que la madre cuca en México es tomada como un personaje de orgullo histórico para la enfermería ya que gracias a ella se recuperaron cientos de heridos durante la revolución y a pesar de la situación en la que se encontraba el país continuo con su trabajo y brindo la atención necesaria sin temor a las balas y en

1915 tuvo a su cargo gracias a su capacidad un carro hospital con el que ayudó a los revolucionarios.

La Escuela de Salud Pública de México inició sus actividades en marzo de 1922 con el propósito de suministrar al personal técnico y subtécnico las bases científicas para una administración sanitaria y de asistencia social eficiente. Se incorporaron escuelas del centro e interior del país a la UNAM, y se solicitó a través de las autoridades les hicieran llegar los planes de estudio para normar la enseñanza de la Enfermería.

En 1924 se crea la carrera de Enfermería y Partera Homeopática dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, regulada por la Secretaría de Educación Pública, y posteriormente se incorpora en 1937 al Instituto Politécnico Nacional (IPN).

En el mandato del presidente Lázaro Cárdenas y por acuerdo presidencial, el 2 de marzo de 1937 se fundó la Escuela para Enfermeras del Ejército, y la (ENEO) en el año de 1945.

Se continúa realizando la practica en el Hospital General de la ciudad de México y en el Hospital Juárez, se prepara el primer curso de docencia para Enfermeras instructoras en el año 1952 solicitando haber cursado el bachillerato.

IMSS. Desde su fundación en el año 1944, nació el concepto de la enfermería moderna en México. En mayo de 1947 con el propósito de satisfacer la demanda del personal en la atención hospitalaria, el Subdirector General Médico Dr. Mario Quiñones, por indicación del Director General Don Antonio Díaz Lombardo, fundó la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuya preparación incluía la mística de los preceptos de la Seguridad Social otro ámbito de formación en el IMSS son los cursos pos técnicos para enfermeras especialistas, los cuales están relacionados con las necesidades de atención de la población derechohabiente y generada por los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población en el país.

En 1976 se crea el Sistema de Universidad Abierta (SUA), para la enseñanza de la enfermería. De 1994 al 2003, la ENEO se convierte en Centro Colaborador de

la Organización Mundial de la Salud (OMS); se inician estudios de posgrado entre los años de 1997 a 2002 con el Plan Único de las Especialidades de Enfermería; en 2002 se aprueba el Plan de Estudios del Programa de Maestría en Enfermería, además de iniciarse los Programas de Alta Exigencia Académica (PAEA): PRONABES y PROBETEL; se inaugura el laboratorio de Fundación UNAM.

La Comisión Interinstitucional de Enfermería, respaldada por la Comisión de Trabajo de la Cámara de Diputados y por el Congreso del Trabajo, los miembros del Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos acordó suprimir de la relación de profesiones, oficios y trabajos especiales a los que se fijan salario mínimo, a la profesión de enfermero(a) con título a partir del 1 de enero del 2005 durante el sexenio del Presidente Vicente Fox Quezada siendo catalogada la enfermería como una ciencia importante para la sociedad.

Históricamente México en el área de la salud presento avances gracias a que en su mayoría de los representantes históricos en medicina y enfermería eran de otro país y se encargaron de llevar los avances hacia la comunidad mexicana y con la esperanza de aumentar la formación profesional de las enfermeras como se menciona en esta investigación y fortalecer los servicios de salud con mejor calidad.

1.4 LA LABOR DE ENFERMERÍA EN EL SECTOR PRIVADO

La práctica de la enfermería no solo se enfoca al sector público, sino que también se presenta en el sector privado, esto gracias a que cada vez tiene mayor independencia y responsabilidad al brindar atención al paciente ya sea en un hospital, en su hogar o en alguna agencia, etc.

De acuerdo a González (*González, 2000*) "La atención privada se basa principalmente en la prestación directa de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas y medianas, con fines de lucro. También existe la medicina privada no lucrativa, que en los últimos años ha tenido un gran impulso por parte de los benefactores privados empresarios y grupos sociales, así como agencias internacionales, que destinan sus esfuerzos en favor de la población de escasos recursos económicos".

El sector privado es un fragmento donde se realiza la práctica de enfermería, se diferencia del área pública en la cantidad de pacientes y la infraestructura hospitalaria, clínica o consultorios, también se toma en cuenta el aumento en los costos al prestar el servicio de atención y las remuneraciones económicas de los empleados.

De acuerdo a Thibodeaux (*Thibodeaux, 2017*) dice que “Los hospitales privados son propiedad comúnmente de un solo practicante u organización y son financiados por los propios pacientes”.

Las enfermeras que trabajan en los hospitales privados se enfrentan a una serie de problemas entre los que se encuentran los siguientes puntos.

- **Salarial:**

Las enfermeras del sector privado ganan mucho menos que las enfermeras del sector público.

- **Carga de trabajo:**

En un hospital privado es más escaso el número de empleados y el 61% trabaja horas extras sin remuneración causando que la carga de trabajo aumente generando un mayor desgaste laboral.

- **Competencia:**

Debido a que los hospitales privados llegan a tener una escasez de empleados, las enfermeras privadas llegan a sentirse presionadas al tener que realizar tareas o procedimientos para los cuales no están preparadas por falta de educación o actualizaciones sobre la atención al paciente.

- **Estrés:**

Problemas tales como tener que trabajar horas extra con una paga deficiente y realizar tareas fuera de la formación, hacen que las enfermeras del sector privado presenten un aumento de estrés causando el síndrome de burnout por el aumento de carga laboral”.

La atención a la salud privada presenta mejor desempeño en la atención de las personas debido a que el sector público es catalogado por la sociedad como deficiente en el trato y muchas veces la atención que se brinda no es completamente humanística ya que pasan por alto las necesidades del individuo. A pesar de la carga de trabajo y la adaptación de la enfermería al brindar la atención en el ámbito privado es el peor pagado, pues no ofrece las aportaciones adecuadas incluso para aquellas y aquellos que cuentan con una especialidad, maestría e incluso doctorado.

En los hospitales privados se realiza 25% de los internamientos y 33% de todas las atenciones ambulatorias del país. Cabe señalar que este sector es el tercer proveedor más importante en la prestación de servicios por atención de partos a escala nacional y el segundo en el Distrito Federal.

Hernández (*Echeverría, 2018*) dice que, “La enfermera ya no solo se encarga del cuidado personalizado del paciente, ahora se encarga de una atención de manera integral que incluye la educación en salud para el enfermo y sus familiares, ya que una enfermera sabe detectar riesgos para la salud, proporcionar, brindar cuidados básicos y rehabilitación del paciente”.

La sociedad a pesar de tomar en cuenta que el sector privado es costoso, piensa que la atención que se brinda es de mejor calidad y a pesar de las dificultades y problemas que se presentan para la enfermería en el sector privado, ha presentado una gran demanda laboral ya que regularmente los hospitales, agencias, etc. Son usados como primer campo de empleo para muchos profesionistas del sector salud.

1.4.1 ATENCIÓN PERSONALIZADA AL PACIENTE

La atención personalizada es brindada desde el momento en que un enfermero(a) tiene bajo su cargo a un individuo y le brinda la atención, cuidados y asiste a cada una de sus necesidades para que se sienta seguro consigo mismo al tener un trato directo y confiable.

Asumir al paciente como persona:

Ortiz Rivera (*Feíto, 2000*) menciona que “La formación de enfermeros profesionales debe incluir necesariamente conocimientos en humanidades, para poder comprender y solucionar los conflictos del individuo enfermo o no”.

La persona que desempeña la práctica de la enfermería debe tener la capacidad humanística de comprender y poder adaptarse a las necesidades e ideas del individuo y poder trabajar con ello y así lograr una rehabilitación o brindar una atención de calidad llevando a cabo distintas actividades las cuales se denominan acciones dependientes, las acciones interdependientes y las acciones independientes.

Ortiz Rivera (*Feíto, 2000*) dice que “El profesional de enfermería es quien mejor conoce al ser humano enfermo como persona doliente en situación de vulnerabilidad biológica y total. Dirigirse y tratar a una persona así, con dignidad, es el obrar conforme a principios éticos del enfermero (a) para cumplir con su labor con la finalidad de mejorar el estado de salud de un individuo, familia o comunidad”.

De acuerdo a la formación profesional del enfermero(a) siempre pone en práctica el sentido humanista al prestar una atención de acuerdo a su ética profesional con la que busca brindar un cuidado integral de calidad hacia el individuo, buscando la recuperación, rehabilitación o bien el descanso al brindar confort y tranquilidad con el objetivo de proporcionar relajación al individuo.

Derechos de los pacientes

Actualmente, con el impulso de modelos de participación social en salud, el término “paciente” está siendo sustituido por el concepto de “usuario de los servicios de salud”, esto con la finalidad de evitar malos entendidos y favorecer la aceptación social.

La Ley General de Salud (*Ley General de Salud, 1984*) dice que “Se considera usuario de los servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables”.

De acuerdo a la manera en la que se define a un usuario de los servicios de salud en la ley general de salud deduzco que es cualquier persona que reciba una atención en cualquier sector y esta deberá ser de calidad con el fin de recuperar un adecuado estado de salud.

La Secretaria de Salud (SSA, 2001) dice que “En la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes se elaboró en la forma de un decálogo que sintetiza lo que se consideraron los principales criterios de la atención médica segura y de calidad”.

La secretaria de salud determino diversos criterios con los que se busca defender al enfermo y que este reciba una adecuada atención humanística y le da posibilidad de conocer y recibir opiniones sobre su estado de salud y la manera en la que se puede tratar para recuperarse de la enfermedad, dentro de los derechos de los pacientes se encuentran los siguientes:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre tu atención.
- Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un expediente clínico.
- Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida”.

La atención personalizada que se brinda por parte del profesional sanitario es deliberada desde el momento en el que toma bajo su cuidado al individuo, viéndolo como un ser holístico al que debe ayudar al cumplimiento de sus necesidades, donde el enfermero(a) es pieza clave para ayudar a que presente una mejoría en su estado de salud.

CAPÍTULO II

CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR

2.1 TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

La enfermería al ser reconocida recientemente como una ciencia, con el paso de los años de acuerdo a los aprendizajes obtenidos durante la formación profesional, vivencias y sentido empírico se ha logrado desarrollar distintos tipos de teorías con las que se busca el entendimiento del ser humano, durante su estado enfermo o no enfermo, entre la que destaca y sirve para esta investigación es la teoría del cuidado de Jean Watson.

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940, Inició su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale finalizando sus estudios de pregrado en 1961. Una vez que Watson terminó su doctorado, empezó a trabajar en la Escuela de Enfermería y en la Universidad de Ciencias de la Salud en Denver. Allí, junto con algunos de sus colegas, fundó el Centro para el Cuidado Humano. Este centro fue el primero de ese tipo en todos los Estados Unidos. En 1979 Watson publica su primer libro: *The philosophy and science of caring* (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría sobre el cuidado humano. Su propuesta afirma que el cuidado personal está conectado con la curación de manera intrínseca.

Watson (*Watson, 1979*) menciona que. “El cuidado es un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar”.

El cuidado es el momento en donde la enfermería pone en práctica todos sus conocimientos siendo empáticos y poniendo en primer lugar la moral de la dignidad humana al adquirir bajo su responsabilidad la vida de algún individuo.

Montano (*Watson, 1979*) afirma que. “Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa

y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería”.

El estudio de las humanidades es esencial para incrementar la capacidad mental del desarrollo personal y poder comprender los fenómenos sociales y entendimiento de los individuos en su comportamiento de acuerdo a sus necesidades y poder desarrollar un sentido común en la adopción de la empatía y el entendimiento hacia las personas.

Partiendo de estas necesidades del sentido humanista Watson (*Watson, 1979*) menciona “7 supuestos los cuales son:

- 1.- El cuidado sólo se manifiesta de forma eficaz y sólo se practica de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. El cuidado acepta a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería”.

De acuerdo a la descripción de los 7 supuestos de Watson puedo deducir que la herramienta fundamental de la enfermería es el cuidado, la persona que la práctica debe poseer un sentido humanista, ser empático, comprensible y poder adaptarse a las necesidades de la persona para brindar el apoyo necesario.

Watson (*Watson, 1979*) sostiene que “El cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos ya que se establece la interacción entre el cuidador y paciente”.

Esta relación entre el enfermo y el cuidador permitió desarrollar las premisas teóricas en las que menciona lo siguiente:

- 1.- El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior han

permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

2.- La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona.

3.- La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

En la práctica la enfermera debe tener en consideración la comprensión, humildad y empatía para poder brindar una atención de calidad, el entendimiento entre el personal de enfermería y el o los pacientes, es necesario para poder lograr la terapéutica y conseguir el objetivo esperado, hacer que el paciente se sienta confiado en la interacción enfermero(a) – paciente.

Según Watson (*Watson, 1979*) “Al presentar los preceptos y sus factores Watson logro definir sus metaparadigmas identificando cada uno de estos:

- Salud: Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado, armonía espiritual de la mente y cuerpo.
- Persona: Es un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, libre de tomar decisiones para participar en la planeación y ejecución de su cuidado.
- Entorno: El espacio en el que se desenvuelve el individuo es un factor importante para la curación ya que la habitación del paciente funciona como un calmante y cicatrizante incluyendo la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).
- Enfermería: La enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad”.

Deduzco que Watson al desarrollar su teoría se enfoca en la atención a los sentimientos, el entendimiento y la habilidad de escuchar al enfermo o sano, el prestar atención y entender sus necesidades y que de esta manera pueda tener una mejoría psicológica ya que con el cuidado y optimismo humano se puede lograr que el paciente no se sienta vencido por su estado patológico y se fije objetivos a corto

mediano y largo plazo sobre su estado y sea posible enfocar una meta en su rehabilitación.

2.2 CUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR

Conforme a la evolución de la atención con la que se busca el mejoramiento en el estado de salud del enfermo, la enfermería ha mostrado con el paso de la historia gran avance en el cuidado mediante el manejo de los pacientes de acuerdo a su terapéutica, basándose en su formación profesional con fundamentos científicos y empíricos que ayudan a cubrir las necesidades del individuo a su cargo.

Juárez (*Juárez, 2009*) dice que “La enfermería al desempeñar el cuidado se vuelve una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente”.

Muchas veces al brindar ese tipo de atenciones se pierde de vista el valor humanístico, los valores y el razonamiento social y se liberan distintas dificultades que dan origen a un enlentecimiento al cuidado terapéutico del enfermo ocasionando un retraso en la evolución ya que el trabajo del cuidador es brindar su apoyo al paciente para que genere confianza y logre cumplir sus metas en base a un trato digno.

Según la Sociedad Americana de Oncología (*ASCO, 2019*) dice que “Un cuidador es alguien que brinda apoyo físico, práctico, y emocional a una persona enferma.”

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, enfocados a la recuperación del estado de salud o en algunos casos a la aceptación de la enfermedad.

De acuerdo a las necesidades del individuo y su problema existen distintos tipos de cuidados de enfermería que buscan la reintegración y el mejoramiento en su estado de salud.

De acuerdo a Alberto (*Alberto, 2014*) menciona “6 tipos de cuidado a los que define de la siguiente manera:

- Cuidados de Estimulación: Aumentar la capacidad del paciente para la comprensión y aceptación de los daños a su salud, su participación en su auto cuidado y tratamiento.
- Cuidados de Confirmación: Promover el desarrollo psicológico del paciente y fortalecerlo más allá de la enfermedad
- Cuidados de Conservación y Continuidad de la Vida: promover en el paciente la confianza y seguridad.
- Cuidados de Auto imagen: Ayudar a mantener su autoestima y la aceptación propia de los que conforman su entorno.
- Cuidados de Sosiego o de Relajación: Reducir los entornos que sean causantes de alguna crisis en el paciente y posterior mente hacer frente a esos problemas como plan de rehabilitación.
- Cuidados de compensación: Ayuda asistencial para cumplir sus necesidades del paciente”.

La enfermería tiene la capacidad de adaptarse de acuerdo al estado de salud del paciente, a sus necesidades, el estado psicológico, emocional y espiritual. La enfermería al lograr ser maleable es posible brindar distintos tipos de cuidado de acuerdo al que se asocie más a la situación del individuo que está bajo el cuidado del enfermero (a) y así poder lograr un avance significativo en su evolución y aprenda a tener participación en su autocuidado.

2.2.1 VENTAJAS DEL CUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR

Los cuidados hacia un paciente enfermo no se brindan solamente en una instancia hospitalaria o una clínica sino que también se pueden realizar desde el hogar donde el individuo presenta mayor confianza y seguridad debido a que se encuentra en su estado de confort y esto representa una mayor tranquilidad para él y para sus familiares al saber que el enfermo se encuentra en casa.

Giraldo (*Zerwekh, 1997*) dice que “Establecer relaciones interpersonales durante las visitas domiciliarias de enfermería es la base para influir efectivamente

en el comportamiento de salud y ayudar a que la gente se haga cargo de sus propias vidas”.

El principal objetivo desarrollar este tipo de unión es lograr fortalecer el cuidado que se esté llevando a cabo y mejorar el estilo de vida y el individuo sienta comodidad y confianza ante el cuidador y acepte la atención que se le brinda.

Las ventajas que se logran mediante el cuidado en el hogar son distintas, de acuerdo a Fernández (*Fernández, 2019*) dice que “Las personas mayores que reciben atención y viven en sus domicilios habituales presentan una mayor esperanza de vida, entre los beneficios que se logran son:

- Favorece una mayor satisfacción del usuario.
- Promociona un envejecimiento activo.
- Aumenta la autonomía de la persona que se está cuidando.
- Proporciona intervenciones más individualizadas.
- Asesoramiento en adaptaciones del entorno específicas.
- Proporciona apoyos personalizados.
- Satisface verdaderas necesidades de la persona.
- Incrementa la participación activa en su autocuidado.
- Aumento de la motivación de la persona a lograr sus objetivos.
- Se evita las infecciones asociadas a la atención médica”.

Al brindar una atención integral al paciente así como se identificaron algunas ventajas en la investigación, se logra determinar que los cuidados desde el hogar son favorables para mejorar distintos aspectos entre los que se encuentra la comodidad familiar y del paciente, independencia y confianza, el estado psicológico y emocional mejora, aumento de la tranquilidad en el paciente y perfecciona la calidad de vida tanto de los familiares como del individuo enfermo en el que se busca una evolución satisfactoria en su plan de tratamiento y cuidado desarrollado por los profesionales del área de salud con los que trabaja de la mano el área de enfermería.

2.2.2 DESVENTAJAS DEL CUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR

Los cuidados en el hogar muchas veces se dificultan debido a diversos problemas que se pueden presentar tanto en el hogar como en la familia y en el estado del paciente por lo cual así como existen ventajas ante la atención del paciente en el hogar también se pueden encontrar algunas desventajas.

De acuerdo a Echeverry (*Echeverry, 2016*) dice que “La atención que se brinda a una hora estipulada se realiza una valoración y posteriormente no hay una atención de primera mano en el momento que se presente una urgencia médica”.

Muchas veces estas faltas de atención medica en caso de una urgencia generan confusión y se presentan muchas dudas por parte del paciente y los familiares lo cual puede generarles preocupación y estrés.

García (*García, 2009*) menciona que “El estrés continuo en el cuidador debido al cuidado o terapias manejadas puede dar lugar al denominado síndrome del burnout (síndrome del quemado), que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza”.

Los cuidadores tienden a estar más propensos a tener enfermedades debido a la actividad que realizan a diferencia del resto de la población, y que experimentan cansancio físico, deterioro de su salud y falta de tiempo para el autocuidado.

García (*Brouwer, 1999*) dice que “El cuidado en el hogar tiene un intenso impacto económico en el interior de los hogares. Entre los aspectos económicos negativos, la dependencia da lugar a costos directos, que incluyen cambios en la disponibilidad de recursos directamente atribuibles al cuidado. Son gastos en bienes y servicios adquiridos específicamente para el receptor o para sí mismo por causa del cuidado: servicios de cuidado o de apoyo al cuidador, adaptación de la vivienda, transferencias monetarias al receptor, pago por ayudas técnicas, etc”.

Debido a los altos costos del material que se utiliza para llevar a cabo el cuidado, el personal de salubridad que planea el tratamiento y las necesidades del individuo son generadores de un gran gasto económico donde es muchas veces complicado para las familias que no cuentan con recursos suficientes.

Catalán (*catalán, 2014*) menciona que “Existen distintas desventajas donde se ve afectado el cuidador como el paciente las cuales se mocionan a continuación:

- Sensación de pérdida de privacidad:
- Falta de control
- Falta de Equipo
- Dudas sobre la continuidad del tratamiento”

Los cuidados en el hogar muchas veces se dificultan por la capacidad económica, tiempo y el interés en la familia del paciente por el mejoramiento de su autocuidado, debido a estas problemáticas se realiza un rastreo en el que se puede identificar si la familia cuenta con ciertas características entre ellas la solvencia económica, esto también permite que el enfermero (a) y el demás personal de salubridad con el que colaborara logre adaptarse a una forma de trabajo que se adecue a la estabilidad de los individuos y tratar de evitar el estrés, incomodidad y resolver todas las dudas que puedan llegar a presentarse.

2.3 TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E.

La enfermería tiene bajo su responsabilidad la educación y la asistencia hacia el paciente, con esto se busca el mejoramiento de la atención que se brinda y así favorecer el estado de salud del individuo sano o enfermo incluyendo la familia, por lo tanto tomo en cuenta la teoría del autocuidado realizada por Dorothea Orem la cual es fundamental para esta investigación.

Dorothea Elizabeth Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, su carrera de enfermera dio inicio con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe como una en el año 1930.

En 1939 y en 1946 obtuvo un Master of Science in Nursing Education (M.S.N.E.), en 1957 trabajo como asesora de programas de estudio. De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. En 1969 Dorothea definió el autocuidado. Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de sus teorías.

Orem (*Orem, 1969*) dice que “El autocuidado es una contribución constante del individuo a su propia existencia”.

El autocuidado es aprendido por cualquier individuo con el cual se busca lograr un objetivo, con el que se controlan los distintos factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Establece los requisitos de autocuidado, que forman parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos, Orem (*Orem, 1969*):

- Autocuidado universal
- Autocuidado del desarrollo
- Autocuidado de desviación de la salud

Los tres requisitos que menciona Orem son esenciales para llevar a cabo un plan de cuidados y entender la situación en la que el paciente se encuentra para poder determinar el tipo de acciones que el individuo debe ser capaz de realizar para tener un autocuidado esencial.

Orem (*Orem, 1969*) menciona que “Los factores condicionantes básicos son internos o externos afectando las capacidades del individuo para ocuparse de su autocuidado, identificando 10 factores determinando la edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos”.

El ser humano presenta diferentes condicionantes que pueden alterar la capacidad de practicar un autocuidado correcto por lo que es necesario el apoyo de enfermería para que el individuo pueda adoptar diversas acciones esenciales para mejorar su estado de salud.

Orem llegó a definir sus metaparadigmas (*Orem, 1969*) dice que:

- Persona:

Es un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

- Salud:

Para la persona significa cosas diferentes, integridad física, estructural y funcional; ausencia de lo que implique un deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos por lo tanto siendo la percepción de la integridad del individuo.

- Enfermería:

Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales”.

Es fundamental ayudar al paciente con los cuidados necesarios, para así poder hacer que logre mantener acciones de autocuidado, con el objetivo de conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta, mediante el apoyo del enfermero (a) y el plan de atención brindado por el demás personal de salud que estarán a cargo de cumplir las necesidades del individuo de acuerdo a su estado patológico y presente un redesarrollo favorable.

2.4 AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN EL HOGAR

Las acciones que realiza el individuo para llevar un control sobre su enfermedad con el fin de evitar posibles complicaciones y favorecer una recuperación o sobrellevar la enfermedad son adquiridos por el apoyo del enfermero (a) que le proporciona distintos cuidados, los cuales pueden ser aprendidos por la familia del paciente o por el mismo, para posteriormente utilizarlos para el autocuidado y cumplir con sus necesidades.

El Consejo General de Enfermería (*CGE, 2014*) dice que “La educación del paciente se define como una experiencia de aprendizaje utilizando una combinación de métodos como la enseñanza, asesoramiento, técnicas de modificación de conductas que influyan el conocimiento de los pacientes”.

La función de la enfermería para lograr la recuperación del autocuidado es el brindar los cuidados adecuados y dar una educación fundamental con la que el individuo realice las actividades que cumplan sus necesidades y pueda ser independiente.

El enfermero(a) tiene el deber de capacitar al enfermo con la finalidad de que pueda entender su enfermedad y aprender a reconocer signos de alarma, esto puede

ayudar al paciente a evitar complicaciones y recibir atención médica, debido a esto es fundamental tener una buena relación con los profesionales que constituyen el equipo enfermero y con los familiares que están encargados de brindarle asistencia para cumplir con su autocuidado y aprenda la manera más efectiva en la que debe actuar en caso de presentar alguna anomalía.

El resolver las dudas que surgen sobre el estado del paciente, el cumplimiento del tratamiento y los cambios en su estilo de vida puede aumentar mayoritariamente la esperanza de vida y evitar la aparición de eventualidades en el estado del enfermo.

Muchas veces la falta de interés sobre el tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales.

El autocuidado es fundamental para aumentar las esperanzas de vida del paciente enfermo, esto se adquiere por medio de la prevención y promoción de salud, labor que realiza enfermería en la capacitación del paciente y la familia quienes son pieza fundamental para la realización de las actividades independientes y el apego al tratamiento del individuo.

2.4.1 VENTAJAS DEL AUTOCUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR

El realizar actividades de forma independiente es fundamental para estar conforme consigo mismo y poder sustentar las necesidades que se presenten, el autocuidado en el hogar tiene diferentes ventajas ya que hace que el paciente se sienta con mayor estabilidad emocional estando en un entorno conocido que le brinda confianza y seguridad, el individuo puede cambiar su conducta con el apoyo de la familia al sentirse útil a pesar de su estado patológico favoreciendo su estado moral, evitar la depresión, vivir con su enfermedad hasta la recuperación o aumentar la esperanza de vida.

Castro (*Castro 2016*) menciona que “Cualquier cambio en el estilo de vida toma tiempo y es un punto de partida que debe progresar, el enfermero (a) debe fijar metas pequeñas que sean fáciles de realizar y posteriormente iniciar con cosas complejas y así evitar distintos factores que podrían empeorar el estado del paciente”.

La participación del paciente en su autocuidado es fundamental ya que al adquirir nuevos conocimientos y el entendimiento sobre su enfermedad presenta un cambio conductual que le permite planear actividades y obtener resultados positivos que logren satisfacer, estimular y motivar la continuidad del tratamiento y lograr el cumplimiento de sus metas.

Existen diversas patologías que se pueden controlar o prevenir realizando cambios en el estilo de vida, tales como buena higiene, sana alimentación y adecuado ejercicio. Ya que esto permite mantener la salud, para evitar enfermedades.

Al presentarse cambios conductuales en el paciente por medio del apoyo del enfermero (a), el personal sanitario con el que colabora y la familia brinda una gran ayuda y mejorar el estadio emocional, físico y psicológico en el paciente, ayudando a aceptar con mayor facilidad su enfermedad y fijarse objetivos aumentando la esperanza de vida y presentando una buena recuperación.

El autocuidado presenta muchos beneficios que repercuten en la vida del individuo sano o enfermo entre estos beneficios se encuentra:

- Mejora tu productividad:
Capacidad para realizar diferentes actividades.
- Tomar buenas decisiones:
Lograr las metas que se propone por medio del apoyo.
- Mejora tu autoestima:
Aumenta la motivación para lograr los objetivos y cumplir en su autocuidado.
- Cumplimiento de las necesidades:

El paciente se siente completamente estable y tranquilo al poder ser independiente realizando sus actividades individualmente.

El paciente al participar en su autocuidado permite que se vuelva más independiente con el paso del tiempo y con la práctica al realizar distintas actividades que en algún momento se dificultaban o era imposible realizar, se siente útil y tiene interés por continuar adelante con su tratamiento establecido por el personal de salud y al encontrarse en su hogar el individuo presenta mayor relajación disminuyendo el estrés favoreciendo su evolución y aumentando la probabilidad de vida y saber vivir con su estado patológico al sentirse satisfecho por lograr cubrir sus necesidades por la motivación que brinda su familia y por el enfermero que se encarga de brindarle cuidados y adiestrarlo en la prevención y promoción a la salud.

2.4.2 DESVENTAJA DEL AUTOCUIDADO DE ENFERMOS EN EL HOGAR

Las actividades que realiza el individuo para satisfacer sus necesidades algunas veces son difíciles de llevar a cabo por lo tanto generan estrés en el paciente ocasionando que en algún momento pierda el ánimo de cumplir sus metas, al disminuir el estado moral y al darse por vencido perjudica aún más su estado de salud al empeorar las conductas y no presentar cambio alguno, al evitar continuar con su tratamiento existe mucho mayor riesgo de presentar complicaciones y al no ser capacitado sobre los signos de alarma en su enfermedad aumentan la probabilidad de mortalidad y una evolución nada favorable, la familia juega un papel fundamental en el apoyo que le brinda al enfermo, siendo una de las desventajas principales la participación del paciente en su autocuidado.

Según Ramos (*Ramos, 2020*) dice que “Tener buenos hábitos de higiene es fundamental para conservar la salud. Sin embargo, no es recomendable obsesionarse ya que puede causar que el sistema inmune se debilite”.

Al tener conocimiento de su enfermedad muchas veces el individuo demuestra miedo a presentar complicaciones lo que genera un aumento en su autocuidado de manera compulsiva y generar idiosincrasias sobre los signos de alarma que el enfermero (a) que está a su cargo le ha explicado causando malestares no propios de su enfermedad o imaginarios provocando angustia y confusión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) dice que “El grado en que la conducta de un paciente respecto a la toma de medicación, al seguimiento de una dieta o a la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario por lo tanto cuando no se cumple con el seguimiento acordado repercute en la enfermedad del paciente por la falta de adherencia al tratamiento al tener ideas erróneas sobre la medicación o el uso de remedios caseros pudiendo generar distintos sucesos negativos”

Las desventajas sobre el autocuidado en el hogar son ocasionadas frecuentemente por las dudas que se generan en el paciente y su familia, al darle explicación sobre la enfermedad que presenta, el tratamiento prescrito y los signos de alarma que debe identificar el enfermo, son causa de angustia y estrés emocional al tener miedo de presentar alguna complicación y debido a la influencia del entorno sociocultural que perjudica en sus tomas de decisiones, generado por la manipulación de información empírica sobre la patología del individuo, dejando a un lado el fundamento científico afectando la moral y su independencia del enfermo por la falta de apego hacia la terapia prescrita por el personal sanitario, a pesar de que el enfermero (a) le ha prestado su servicio para brindarle atención, cuidado y la capacitación necesaria mediante la prevención y promoción a la salud para adquirir un cambio en sus hábitos y mejore el estilo de vida.

CAPÍTULO III

LA DIABETES MELLITUS

3.1 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades sistémicas, de tipo crónico que es generada por diversos factores, siendo la herencia una de las causas importantes al igual que la intervención de diversos elementos ambientales que afectan al metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas asociadas fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad de secreción o acción de la insulina.

La Organización Panamericana de la Salud (*OPS, 2020*) dice que “La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina”.

La diabetes mellitus es una enfermedad que se puede generar por una deficiencia en el autocuidado de los individuos, como son los hábitos dietéticos, cantidad de actividad física, antecedentes hereditarios, calidad de vida, etc. Al ser una de las patologías con una gran incidencia en la población, la retomo como motivo de estudio para esta investigación y detectar como la sociedad influye en el desarrollo evolutivo de un paciente con diabetes iniciando con la definición de diabetes mellitus.

La Diabetes Mellitus se puede distinguir cuatro tipos según las posibles causas que originan esta enfermedad:

- La Diabetes Mellitus tipo I se desarrolla como consecuencia de la destrucción de las células beta, por lo que el individuo afectado debe recibir insulina como tratamiento de sustitución hormonal.
- La Diabetes Mellitus tipo II pasa por distintas etapas antes de que se llegue al diagnóstico; la primera fase es la intolerancia a la glucosa o pre-diabetes. En

la Diabetes Mellitus tipo II el individuo no necesita aporte de insulina, pero podría llegar a necesitarla a lo largo de su evolución.

- En la Diabetes Gestacional, alrededor de 40% de las pacientes puede requerir administración de insulina durante el trastorno detectable durante el segundo o tercer trimestre.
- Otros tipos específicos de diabetes por otras causas:

Por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y diabetes inducida por fármacos o productos químicos (como producida por glucocorticoides, tratamientos del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos).

La clasificación de la diabetes permite entender la forma de comportamiento de la patología y brindar la atención adecuada para lograr satisfacer las necesidades del individuo enfermo y evitar que llegue a una complicación.

La Norma Oficial Mexicana 015 SSA2 2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (*DOF, 2010*) define a la diabetes como “La enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas”.

Al retomar las definiciones anteriormente citadas se puede decir que la diabetes mellitus es una enfermedad en la que influyen diferentes factores dentro del entorno social de un individuo afectando principalmente la necesidad de consumir alimentos a libre demanda, por ser una patología crónica la única manera de mantener bajo control los niveles de glucosa en sangre es mejorando el autocuidado estricto donde el enfermo adquiere nuevos hábitos dietéticos y actividad física y toma de decisiones adecuadas para una mejor calidad de vida.

3.2 HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS

Para lograr describir una enfermedad se realiza la historia natural de la enfermedad la cual proporciona conocimiento sobre la evolución y característica de

un proceso patológico sin intervención médica y se logran identificar los factores biológicos, socioculturales que pueden intervenir en el estado de morbilidad y el periodo de duración de la enfermedad.

Según Santos (*Pozo, 2013*) dice que “El estudio detallado de la historia natural de la enfermedad ha sido uno de los más fructíferos en el campo de la Medicina. Con la observación y descripción adecuada de la historia natural de la enfermedad, se ha logrado comprender su curso y de esta manera, detectar la enfermedad de una manera temprana y prevenir sus secuelas”.

La evolución de la medicina concedió el estudio de diversos problemas de la salud gracias a que los avances en conocimientos y tratamientos eran mínimos, esto permitió evaluar y observar las enfermedades durante un tiempo determinado y así poder descifrar la sintomatología propia de la patología y lograr describirla teniendo un campo amplio sobre la evolución del individuo durante algún proceso mórbido.

Santos (*Santos, 2016*) afirma que “En 1965, los autores Leavell y Clark crearon un paradigma o modelo de la historia natural de la enfermedad y lo relacionaron con los niveles de prevención”. Esta representación gráfica puede ser aplicada a cualquier tipo de enfermedad ya sea transmisible o no transmisible, aguda o crónica manejando dos periodos:

- Período prepatogénico:

Esta fase se da previo al inicio de la enfermedad, el ser vivo no presenta manifestaciones clínicas, ni cambios celulares, tisulares u orgánicos. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente.

- Nivel de prevención primario:

Pertenece al periodo prepatogénico brinda acciones individuales o comunitarias orientadas a la población con el fin de reducir la incidencia de cierta enfermedad enfocándose a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- Período patogénico:

Es el período donde se presenta la enfermedad, en este se muestran los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo determinando tres niveles de atención.

- Nivel de prevención secundario:

Pertenece al periodo patogénico, determina el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación de la incapacidad.

- Nivel de prevención terciario:

Pertenece al periodo patogénico y se enfoca a la rehabilitación.

La clasificación de la historia natural de la enfermedad permite comprender con mayor facilidad el proceso evolutivo de la enfermedad tomando en cuenta el horizonte clínico por el que el enfermo cursa durante este periodo hasta su rehabilitación en los casos que reciben atención médica o hasta la muerte en aquellos que no la recibieron y no mostraron progresos favorables para su recuperación.

Según Pérez (*Pérez, 2009*) menciona que “La historia natural se refiere a lo que puede llegar a suceder si el ser humano enfermo no recibe tratamiento”.

Al conocer al individuo enfermo y la historia natural de la patología que cursa permite brindar una atención adecuada y oportuna al igual que logra determinar en qué periodo de la enfermedad se encuentra y así lograr brindar un pronóstico sobre su estado y su evolución. En la siguiente tabla se muestra la historia natural de la diabetes mellitus.

Historia Natural de la Diabetes Mellitus

Concepto: Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por la falta o mínima cantidad de secreción de insulina

Periodo pre patogénico	Periodo patogénico		
Agente: <ul style="list-style-type: none"> • Hereditario • Defecto en la liberación de insulina. • Defecto en la acción de insulina. Huésped: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de DM en la familia. • Hombres y Mujeres mayor a 20 años Ambiente: <ul style="list-style-type: none"> • Mala alimentación • Falta de actividad física • Estrés 			Muerte: causada por la progresión de las complicaciones y la falta de adhesión al tratamiento.
			Secuelas: ceguera parcial o total, insuficiencia renal, cardiopatías congestivas, susceptibilidad a heridas e infecciones.
			Complicaciones: cetoacidosis diabética, coma diabético, retinopatía, nefropatía, neuropatía e infarto agudo al miocardio.
			Signos y Síntomas específicos: Polifagia, polidipsia, poliuria, hiperglucemia y pérdida de peso.
			Signos y Síntomas inespecíficos: Astenia, ansiedad, nauseas, vómito y astenia
Horizonte clínico			
El páncreas produce poca o nula cantidad de insulina, los Islotes de Langerhans se ven infiltrados por células inmunitarias afectando las células B pancreáticas.			

Niveles de prevención

Prevención primaria		Prevención secundaria			Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación de daño	Rehabilitación
Brindar información sobre la diabetes mellitus mediante la prevención y promoción a la salud mediante folletos y pláticas.	Dieta adecuada. Aumento de la actividad física Conocimiento de antecedentes familiares Control de peso.	Revisión médica. Toma de laboratorios y control de glucosa.	Terapia farmacológica específica (insulina e hipoglucemiantes). Dieta específica. Actividad física.	Adherencia al tratamiento terapéutico. Control de glucosa Reconocimiento de los signos de alarma.	Entendimiento de la enfermedad. Cambios en el estilo de vida. Apoyo familiar.

Prevencción cuaternaria
Prevencción de las complicaciones
<p>Complicaciones Agudas</p> <p>Hiperglucemia: Realizar mediciones de glucosa frecuentes, detectar los síntomas de alarma, tener una correcta adherencia al tratamiento, manejar hábitos alimenticios adecuados y realizar actividad física.</p> <p>Hipoglucemia: Tomar correctamente la medicación indicada, plan de alimentación adecuado y detectar los síntomas de alarma.</p> <p>Cetoacidosis diabética: Mantener un control estricto de la diabetes mellitus, mantener control de los niveles de glucosa, medir el nivel de cetonas con bililabstix.</p> <p>Síndrome hiperglucémico hiperosmolar: Control de la diabetes mellitus tipo II, distinguir los síntomas de deshidratación para prevenirlos y de infecciones.</p> <p>Complicaciones crónicas</p> <p>Enfermedades de los vasos sanguíneos y del corazón: Control de niveles de glucosa en sangre, alimentación saludable, realizar actividad física y mantener control en el peso.</p> <p>Enfermedad renal crónica: controlar los niveles de glucosa y la tensión arterial, vigilar el funcionamiento renal, mantener una dieta adecuada.</p> <p>Retinopatía: mantener un control adecuado de la tensión arterial y niveles de glucosa en sangre, mantener una dieta adecuada.</p> <p>Neuropatías diabéticas: control glucémico y realizar actividad física.</p>

La importancia de conocer la historia natural de la diabetes mellitus es tener un esquema amplio de la susceptibilidad que se presenta en el huésped con mayor riesgo a presentarla, permite entender la evolución de la enfermedad sin recibir tratamiento alguno y tener un pronóstico más oportuno para prevenir y evitar que el individuo con esta patología llegue a presentar complicación alguna o incluso la defunción, al igual que brinda el conocimiento de los factores predisponentes en el entorno del paciente para poder disminuir los riesgos de llegar a adquirir esta enfermedad y fomentar el mejoramiento en el autocuidado mediante la prevención.

3.3 DIABETES MELLITUS TIPO II

La diabetes mellitus contempla dentro de su clasificación a la diabetes tipo II siendo de carácter crónico, la cual tomo como parte de esta investigación ya que es el tipo más común de esta enfermedad dentro de la sociedad a nivel mundial, con el paso del tiempo se ha detectado que esta patología se está incrementando debido al crecimiento de población, edad, urbanización y el aumento de la prevalencia de obesidad e inactividad física y periodos prolongados de estrés.

La Organización Mundial de la Salud (*OMS, 2020*) menciona que “La diabetes de tipo II (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física”.

La diabetes mellitus tipo II a diferencia de las otras patologías dentro de la clasificación de la diabetes mellitus esta se caracteriza por la deficiente producción de una hormona llamada insulina, ya que el páncreas es incapaz de producir la cantidad suficiente de esta hormona para lograr la homeostasis en los niveles de glucosa.

La Guía de Práctica Clínica del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención (*IMSS, 2014*) dice que “La diabetes mellitus tipo II es un trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina”.

La producción de insulina es segregada por el páncreas, al no producirse la cantidad suficiente es imposible el control del nivel de glucosa en sangre, al igual que el estilo de vida del individuo que tiene esta enfermedad es un factor predisponente para adquirir esta patología debido a la falta de actividad física, malos hábitos alimenticios y herencia familiar.

La Asociación Americana de Diabetes (*ADA, 2016*) define que “El cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. Esto se conoce como resistencia a la insulina. Al principio, el páncreas produce más insulina de lo debido para cubrir la falta de insulina. Pero con el tiempo, el páncreas no puede mantener ese ritmo y no puede producir suficiente insulina para mantener sus niveles de glucosa normales”.

Al unir las anteriores definiciones deduzco que la diabetes mellitus tipo II es originada debido a un funcionamiento deficiente del páncreas donde el individuo tiene que realizar cambios en su estilo de vida y al ser una enfermedad de tipo crónico es de gran interés para la investigación y determinar cómo afecta la sociedad a un paciente con esta patología y como aprende a vivir con ella debido a que se produce un bajo nivel de insulina e incluso se presenta resistencia a esta.

3.4 EPIDEMIOLOGIA DE DIABETES MELLITUS TIPO II EN MÉXICO

Se considera a la diabetes mellitus actualmente como un problema de salud pública. La atención se centra tanto en la prevención, como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico debido a que es una de las principales causas de mortalidad en el país a causa del tipo de vida de la población mexicana, esta enfermedad presenta un pronóstico negativo para la sociedad debido al incremento estadístico que se ha ido presentando con el paso del tiempo.

Altamirano (Altamirano, 2014) dice que “La tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 varía entre 364.95 a 371.55 de 2003 a 2008, en 2010 se reportó una prevalencia del 14.42% casos, y por cada caso previamente diagnosticado se identificó otro nuevo. La edad promedio en la que murieron las personas con diabetes en 2010 fue alrededor de los 65 años y la esperanza de vida de las personas con diabetes disminuye entre 5 y 10 años”.

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad que presenta una gran incidencia en el país debido al estilo de vida de la sociedad mexicana, esto afecta a gran parte de la población.

La Federación Internacional de Diabetes (*IDF, 2012*) menciona que “En el año 2010 México ocupó la décima posición y la novena en el 2011 entre los países con el mayor número de personas con diabetes (6.8 millones)”.

A pesar de las alarmantes cifras el gobierno de México ha buscado distintas intervenciones en la población con el objetivo de disminuir la prevalencia de la diabetes mellitus tipo II en la sociedad.

Instituto Nacional de Salud Pública (*INSP, 2012*) dice que “En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición el Estado de México fue una de las entidades que registraron la más alta prevalencia (entre 9.3 y 10.1%), se determinó que en México, es la segunda causa de muerte en el país en 2011, el costo de atención a la diabetes se estimó en 7.7 mil millones de dólares. Por estas razones, en 2016 la diabetes fue declarada emergencia epidemiológica en el país”.

La prevalencia de esta enfermedad cronicodegenerativa en el México ha causado un gran problema de salud pública generando por consecuencia mayor gasto monetario y ubicándose como la segunda causa de muerte en el país debido al estilo de vida y el deficiente autocuidado que practica la sociedad para prevenir esta enfermedad.

Según El Instituto Nacional de Salud Publica en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (*INSP, 2016*) asegura que “En 2006 y 2016, la prevalencia nacional de diabetes fue similar (14.4 y 13.7%). En términos absolutos, los casos de diabetes aumentaron de 7.3 a 9.1 millones; este aumento de casos no implicó un aumento en la prevalencia, lo que sugiere que está asociado con el crecimiento poblacional y no con un aumento en el riesgo de diabetes”.

El incremento de casos de diabetes en el país está relacionado al aumento demográfico y a las costumbres alimenticias y la falta de actividad en la sociedad.

Según Cordero (*Cordero, 2014*) “Estudios epidemiológicos reportan que es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%), y mayor prevalencia en mujeres que hombres.

El estilo de vida es un factor importante para el desarrollo de diabetes mellitus y representa un riesgo para presentar complicaciones en los pacientes con diabetes mellitus tipo II a causa del estrés, el tipo de dieta y la zona demográfica en la que se encuentren debido a que cambian los aspectos en el autocuidado del individuo y se manejan distintos comportamientos socioculturales.

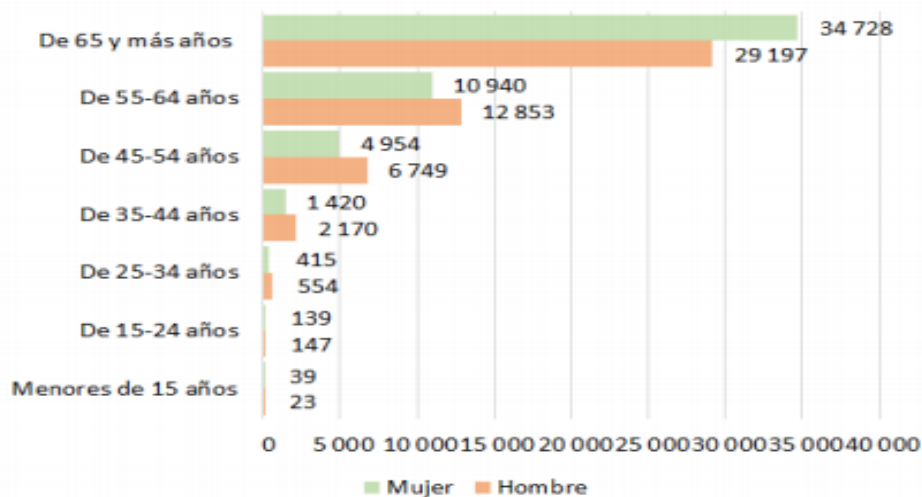
Rojas (*INSP, 2016*) menciona que “Actualmente durante el año 2016 en el país hay poco más de 6.4 millones de personas que viven con diabetes diagnosticada, cerca de 60000 más que en 2012, en este mismo año la prevalencia se incrementó relativamente en 31.4% respecto a la de 2006; en los adultos de 40 a 59 años se elevó en 39.6%, y en los de 60 años y más de edad, 38.3%. En 2016 la prevalencia se incrementó exclusivamente en los adultos de 60 años y más”.

Es una enfermedad de muy alta prevalencia entre la población mayor de 20 años, presentando 8 individuos enfermos por cada 100 personas aparentemente sanas en este rango de edad, con el paso de los años se nota un incremento en la cantidad de personas enfermas conforme al aumento de edad pues después de los 50 años es superior a 20 por cada 100 individuos. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) indica que “La tasa de mortalidad por sexo durante el 2019 fueron en total Analizando este tipo de causa por sexo, 51 711 casos (49.6%) correspondieron a hombres y 52 643 (50.4%) a mujeres. Por grupos de edad, se observa que el de 65 y más años presenta la mayor frecuencia de fallecimientos”.

De acuerdo a la gráfica que se presenta a continuación obtenida del INEGI, muestra la relación del aumento en la tasa de mortalidad en los grupos de personas por rangos de edad.

Defunciones por diabetes mellitus según grupos de edad y sexo



Grafica 1 defunciones por diabetes.

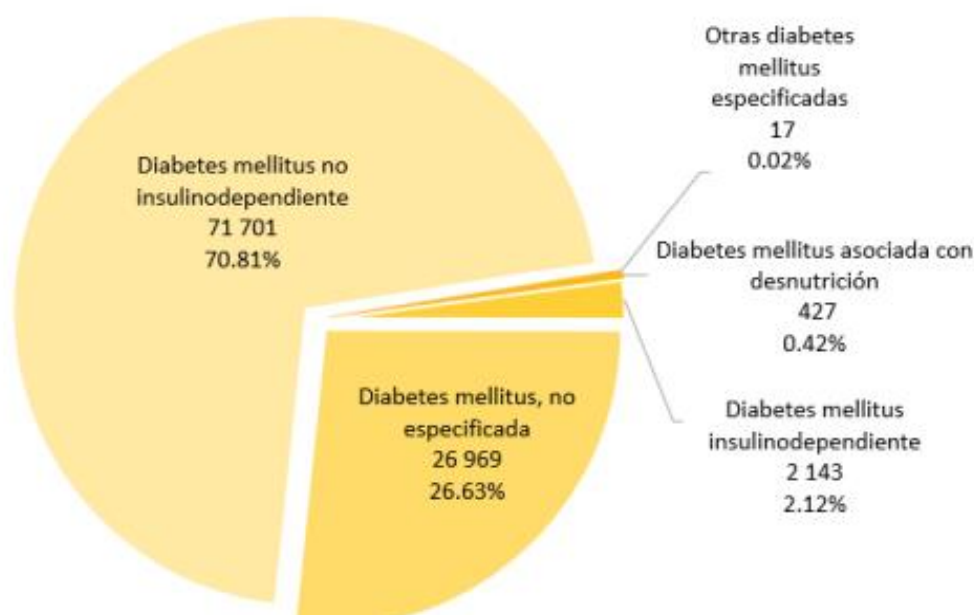
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistadas2019.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) menciona que “En lo que respecta a las muertes por diabetes durante el 2019, se presentaron 104 354 casos en total; de ellos, 2 561 casos (2.46%), correspondieron a la diabetes mellitus insulino dependiente mientras que 71 701 (70.81%) corresponde a la diabetes mellitus no

insulinodependiente, 26 969 (26.63%) no especificada y 427 (0.42) asociada a una desnutrición”.

De acuerdo a la gráfica que se muestra a continuación se presenta la relación sobre la prevalencia en la tasa de mortalidad de la diabetes mellitus tipo II sobre otros tipos de diabetes.

Defunciones por diabetes mellitus



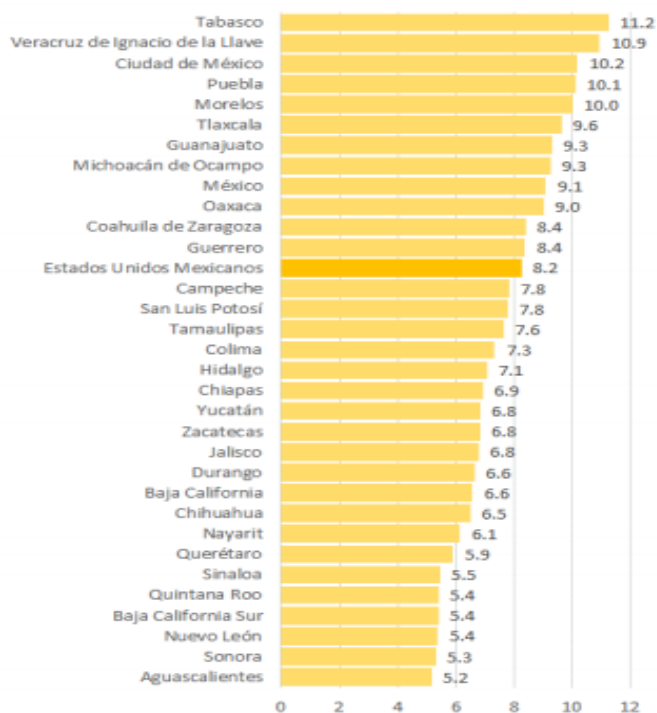
Grafica 2: Defunciones por tipo de diabetes.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (*INEGI, 2020*) dice que “Las mayores tasas por entidad federativa de residencia habitual por cada 10 000 mil habitantes, se presentan en Tabasco con 11.2, Veracruz de Ignacio de la Llave con 10.9 y Ciudad de México con 10.2, mientras que las más bajas se presentan en Aguascalientes con 5.2, Sonora con 5.3, Nuevo León y Baja California, ambas con 5.4”.

En la siguiente grafica se describe la tasa de mortalidad por entidad federativa de acuerdo a las estadísticas obtenidas del INEGI.

Tasa de defunciones registradas por diabetes mellitus según entidad federativa de residencia habitual por cada 10 000 habitantes¹³



Grafica 3: Defunciones por entidad federativa

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

La diabetes mellitus tipo II representa un problema de salud de alto riesgo debido a que según las estadísticas se ha incrementado el número de casos en el país presentando una gran incidencia en personas mayores de 65 años, por lo que es necesario realizar cambios en el estilo de vida de los individuos, el manejo del entorno en el que se desenvuelven, el apego hacia el tratamiento para evitar la presencia de complicaciones en caso de presentar esta patología ya diagnosticada y fomentar el mejoramiento en el autocuidado realizando un aumento en la prevención y promoción de la salud mediante la atención y el cuidado del personal de salud.

3.5 FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

El conocer la fisiopatología de una enfermedad es de suma importancia para lograr entender el proceso químico y físico por el cual cursa, permitiendo entender cómo es que actúa para poder brindar un tratamiento adecuado, ya que el organismo no efectúa sus actividades correspondientes con facilidad o presenta eventualidades que no son propias de su función. La diabetes mellitus tipo II está relacionada con la resistencia a la insulina, pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula beta pancreática.

López (*López, 2009*) menciona que “En la fisiopatología de la diabetes mellitus II se conjugan varios defectos para determinar finalmente la hiperglucemia. El primero de ellos es la insulino resistencia a nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se habla de resistencia periférica a la insulina a la que se produce en el músculo estriado, donde disminuye la captación y metabolismo de la glucosa; y de resistencia central a la insulina a la que se desarrolla en el hígado, donde aumenta la producción de glucosa determinando la hiperglucemia de ayuno”.

La fisiopatología de la diabetes mellitus tipo II se detectan 2 factores importantes en los que influyen en la presencia de la hiperglucemia de los cuales se consideran como principales causas del aumento de glicemia en sangre y el comportamiento de distintos receptores que reaccionan ante la insulina y el comportamiento funcional de las células beta pancreáticas.

Insulinorresistencia:

Al presentarse la insulinorresistencia se puede identificar una célula llamada adipocito la cual encabeza todo el proceso; ésta es una célula que básicamente acumula ácidos grasos en forma de triglicéridos pero a través de múltiples señales, conocidas como adipocinas, puede influenciar otros órganos. Su capacidad de almacenamiento se ve limitada no puede seguir almacenando ácidos grasos, generando migración de éstos a órganos que en condiciones normales no lo hacen, como son el músculo esquelético y el hígado. El músculo esquelético es el principal órgano blanco de la insulina, ya que allí se deposita por efecto de la insulina y el 80% de la glucosa circulante; la llegada de los ácidos grasos bloquea las señales de la insulina, lo que lleva a la resistencia de insulina en el tejido muscular esquelético. La

unión de la insulina a su receptor fosforila el sustrato del receptor de insulina 1 en los aminoácidos tirosina, activando la vía de la fosfoinositol 3 cinasa, la cual a su vez activa la translocación de los transportadores de la glucosa, desde el citoplasma hasta la membrana celular, generando poros que permiten la entrada de la glucosa a la célula. Con la llegada de los ácidos grasos libres se activa el diacilglicerol y posteriormente la proteína cinasa C; ésta a su vez fosforila el receptor de insulina como consecuencia de esto el receptor de insulina ya no queda disponible para la insulina, ocasionando la resistencia a la insulina. En el hígado, concluyendo que la producción endógena hepática de glucosa es fundamental en la hiperglucemia tanto de ayunas como postprandial, a través de la neoglucogénesis y el aumento de la glucogenólisis, ambos modulados por la producción inapropiada de glucagón.

Daño a las células beta pancreática

López (López, 2009) dice que “La estimulación de la producción cuando las células beta no pueden producir la cantidad de hormona suficiente para contrarrestar esta insulino resistencia aparece la hiperglucemia” en la siguiente figura se logra identificar como es que se genera la hiperglucemia”.

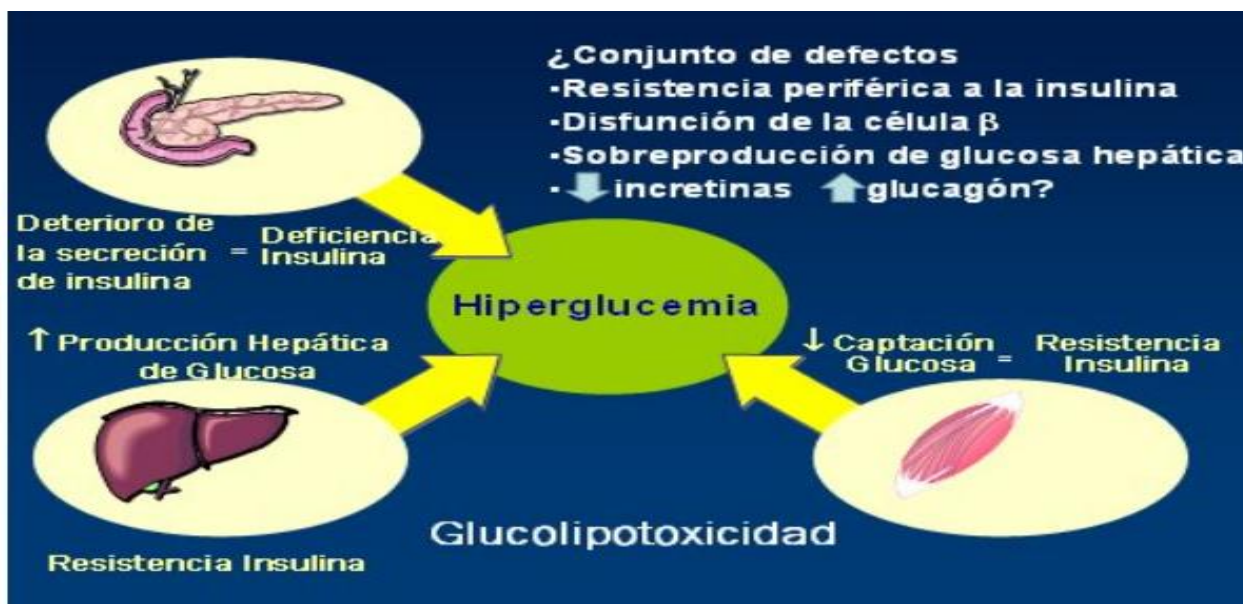


Figura 1 Fisiopatología de la diabetes tipo II: un conjunto de defectos
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/431>

Castillo (*Castillo, 2015*) asegura que “El proceso del daño de la célula β tiene relación con la producción de estrés oxidativo, derivado de la oxidación de la glucosa. El estrés oxidativo disminuye factores de transcripción que ayudan a la reparación y regeneración de la célula beta”.

Como se muestra en la Imagen la fisiopatología conlleva un proceso celular en el cual muestra el comportamiento del organismo durante el estado patológico en el caso de la diabetes tipo II permite identificar que para la presencia del aumento de glucosa en sangre debe existir la resistencia a la insulina donde participan distintos elementos siendo el hígado, músculo liso y tejido adiposo al igual que la presencia de un daño en las células beta pancreáticas las cuales se encargan de secretar la insulina y debido a el estrés oxidativo en el que se encuentran presentan una disfunción en la cantidad de secreción de insulina para contrarrestar la hiperglucemia y no permite la regeneración concreta de estas células.

3.5.1 DIAGNÓSTICO

El realizar un diagnóstico permite identificar una enfermedad por la que cursa un individuo, en este caso con la anamnesis, exploración física, diferentes pruebas y algunas características de acuerdo a signos y síntomas referidos por el paciente tomando en cuenta ciertos parámetros de acuerdo a los exámenes realizados permiten diferenciar de otras enfermedades con características semejantes a la diabetes mellitus tipo II, al lograr identificarla permite brindar una atención adecuada y que se apegue a un tratamiento específico con el fin de recuperar o rehabilitar el estilo de vida del individuo.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (*DOF, 2010*) establece que “El diagnóstico de diabetes se realiza si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos (polidipsia, polifagia y poliuria) y una glucemia plasmática basal > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia > 200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Estas características que describe la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus son fundamentales para realizar el diagnóstico oportuno y poder brindar un tratamiento adecuado.

La Guía de Práctica Clínica del Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de Atención (*IMSS, 2014*) dice que “El diagnóstico de diabetes mellitus tipo II se realiza con el apoyo de los siguientes criterios bioquímicos:

- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) > a 6.5%.
- Glucosa en ayuno (ayuno de al menos 8 horas) mayor o igual a 126 mg/dL.
- Glucosa en plasma a las 2 horas mayor o igual a 200mg/dL después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75gr de anhídrido disueltos en agua.
- Síntomas de hiperglucemia y glucemia mayor o igual a 200mg/dL en cualquier momento del día”.

Los parámetros que se utilizan para el diagnóstico de la diabetes mellitus presentan distintos rangos con los que permite determinar cuando el paciente se encuentra en un estado saludable o si es pre diabético y en caso de mostrarse alterados se determina que presenta diabetes mellitus como se muestra en la siguiente tabla:

	Normal	Pre diabetes	Diabetes
Glucosa en plasma en ayunas	< 100 mg/dl	100-125 mg/dl	126 mg/dl o mayor
PTOG – 2 horas post bebida rica en glucosa	< 140 mg/dl	140-199 mg/dl	200 mg/dl o mayor
Glucosa en plasma casual o aleatoria y síntomas			200 mg/dl o mayor
HbA1c	<5,7%	5,7-6,4%	6,5% o mayor

El diagnóstico de la diabetes mellitus permite proponer un tratamiento adecuado hacia el paciente con el fin de evitar posibles complicaciones y mejorar el estado de salud del individuo el cual se apege a sus necesidades y logre una rehabilitación con el fin de recuperar su estilo de vida y mediante el apoyo del

personal sanitario aprender a vivir con su estado patológico y lograr la satisfacción sobre sus necesidades de acuerdo a la adopción de una mejor calidad de vida.

3.5.2 CAUSAS

El saber las causas de la enfermedad permite tener un campo amplio en el conocimiento sobre los factores que desencadenan el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II, al entender cuál es el origen en base al comportamiento del individuo se logra determinar un plan con el que se propone la prevención y promoción a la salud al igual que determinar un tratamiento que se apegue con el fin de actuar en su autocuidado del paciente y mejorar su salud o bien sentir satisfacción al recuperar la capacidad de cumplir sus necesidades.

La Organización Mundial de la Salud (*OMS, 2020*) asegura que “La diabetes mellitus tipo II a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física”.

Las personas con diabetes mellitus tipo II tienen sobrepeso o son obesas. Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo II. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo alrededor de la cintura aumentan el riesgo de que se presente esta enfermedad con 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres.

El Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (*NIDDK, 2016*) comenta que “Se presenta con mayor frecuencia en estos grupos raciales o étnicos:

- Afroamericanos
- Nativos de Alaska
- Indígenas estadounidenses
- Estadounidenses de origen asiático
- Hispanos o latinos
- Nativos de Hawái
- Nativos de las Islas del Pacífico”

El estilo de vida del individuo al no ser modificado para presentar un adecuado estado de salud es un factor de riesgo con el que puede desarrollar diabetes mellitus tipo II, entre las causas más comunes de presentar esta patología de acuerdo a los autores citados es relacionado a la falta de actividad física, tipos de dieta, desarrollo de otras enfermedades como la hipertensión, presentar dentro del árbol genealógico familiares que hayan desarrollado algún tipo de diabetes o pertenecer a algún grupo racial de riesgo en adquirir esta enfermedad como por ejemplo los latinos, la edad mayor a 45 años juega un papel fundamental y las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional. Todas las causas se pueden llegar a prevenir mediante la adopción de una mejor calidad de vida en cuanto al auto cuidado del paciente con la ayuda del personal sanitario y brindando una educación para la salud adecuada.

3.5.3 SIGNOS Y SINTOMAS

La presencia de la sintomatología y los signos permiten realizar un diagnóstico diferencial de la diabetes mellitus tipo II hacia otras enfermedades que presentan signos y síntomas similares, los síntomas se manifiestan cuando existe la presencia de alguna patología y permiten detectar su origen siendo referidos por el paciente con mal estado de salud y los signos son obtenidos mediante la exploración física y ayudan a determinar qué tipo de patología se presenta en el individuo.

Según Porter (*Porter, 2019*) menciona que “Las personas con diabetes mellitus tipo II pueden no presentar síntomas durante años antes de ser diagnosticadas, los síntomas son leves, al inicio el aumento de poliuria y de la polidipsia son moderados, aunque empeoran a lo largo de las semanas o meses, finalmente las personas se sienten con letargo y presentan astenopia”.

La diabetes tipo II presenta diferentes signos y síntomas de los cuales muchas veces son imperceptibles completamente debido a que no se presentan con gran relevancia, con el paso del tiempo empeoran entre los que se encuentran:

- Poliuria:

Cuando los niveles de glucosa en la sangre son altos, los riñones intentan bajarlos mediante el filtrado de la sangre.

- **Polidipsia:**

La micción frecuente necesaria para eliminar el exceso de glucosa de la sangre puede provocar que el cuerpo pierda agua adicional.

- **Polifagia:**

En las personas con diabetes, la glucosa pasa del torrente sanguíneo a las células del cuerpo en una cantidad insuficiente.

- **Astenia:**

La diabetes tipo II puede afectar los niveles de energía de una persona y hacer que se sienta con astenia, esto se produce como resultado de que la cantidad de glucosa que pasa del torrente sanguíneo a las células del cuerpo es insuficiente.

- **Astenopia:**

Un exceso de glucosa en la sangre daña los pequeños vasos sanguíneos en los ojos, lo que puede causar astenopia, esto puede ocurrir en uno o ambos ojos y puede aparecer y desaparecer.

- **Cicatrización lenta:**

La cicatrización lenta de las heridas también aumenta el riesgo de infección.

- **Parestesia:**

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden afectar la circulación sanguínea y causar daños en los nervios del cuerpo.

- **Acantosis nigricans:**

Los parches de piel oscura que se forman en los pliegues del cuello, la axila o la ingle también pueden significar un mayor riesgo de diabetes.

- **Picazón e infecciones micóticas:**

El exceso de glucosa en la sangre y la orina provee de alimento a la levadura, que puede provocar una infección por hongos.

El poder identificar los signos y síntomas de la diabetes mellitus tipo II permite brindar una prevención antes de presentar alguna complicación y determinar un tratamiento que se adecue al paciente con la finalidad de poder controlar su estado patológico al igual que ofrecer una educación adecuada con la ayuda del personal sanitario con el fin de poder identificar signos de alarma que posiblemente pudiera

llegar a presentar y mejorar su autocuidado para adquirir una mejor calidad de vida cambiando sus hábitos negativos por positivos.

3.5.4 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La finalidad del tratamiento es el curar, aliviar o controlar un estado patológico, en el caso de la diabetes mellitus tipo II al no existir alguna cura el manejo es completamente terapéutico y farmacológico con el fin de evitar complicaciones, el mejoramiento del paciente es de acuerdo al estilo de vida que adopte mediante su participación en el cumplimiento de su autocuidado gracias a los conocimientos adquiridos que el personal sanitario le proporciona y el apego que tenga hacia su terapéutica indicada.

Asociación Americana de Diabetes (*ADA, 2020*) dice que “El objetivo del tratamiento es bajar el alto nivel de glucosa en la sangre y prevenir la aparición de complicaciones”.

Para que una persona logre controlar la diabetes mellitus tipo II debe aprender algunas habilidades con las que puede prevenir la aparición de complicaciones e identificar posibles signos que indiquen el aumento de la glucosa en sangre con la ayuda del personal de salud quien lo debe capacitar sobre como evaluar y registrar su nivel de glucosa, mediante la solución de sus dudas preguntándose lo siguiente: Qué, cuándo y cuánto comer, Cómo incrementar su actividad y controlar su peso de manera segura, Cómo tomar los medicamentos, si se necesitan, Cómo reconocer y tratar los niveles altos y bajos de glucosa, cómo manejar los días en que está enfermo, Dónde comprar los suministros para la diabetes y cómo almacenarlos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (*DOF, 2010*) menciona que “El manejo inicial de pacientes con diabetes tipo II se hará mediante medidas no farmacológicas, mismas que se deberán mantener durante todo el curso del tratamiento. No obstante lo anterior, existe evidencia de que el uso de medicamentos en etapas tempranas (prediabetes: glucosa de ayuno anormal e intolerancia a la glucosa) pueden disminuir la progresión hacia la diabetes manifiesta”.

El cambio en el estilo de vida es fundamental para mantener bajo control los niveles de glucosa en sangre, de igual manera se debe valorar la necesidad de utilizar la terapia farmacológica en conjunto con el tipo de vida que practica el individuo con esta patología.

Control de peso

Asociación Americana de Diabetes (*ADA, 2020*) dice que “Se considera que el o la paciente ha logrado un control ideal de peso, si mantiene un IMC >18.5 y <25 ; Para mantener el control de peso se debe seguir un el plan de alimentación, actividad física y ejercicio, perder peso puede disminuir el nivel de azúcar en sangre. Perder solo del 5 al 10 por ciento del peso corporal puede reducir los niveles de glucosa en sangre”.

Para que el individuo enfermo adquiriera un hábito sobre su autocuidado en su peso corporal es necesaria la educación para la salud por parte del personal sanitario donde el paciente tiene que adaptarse a su estado patológico y adquirir un cambio en sus actividades diarias donde debe tomar en cuenta la actividad física, cambio de dieta y valorar periódicamente sus niveles de glucosa.

Actividad física y ejercicio

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (*DOF, 2010*) dice que “En el caso de personas de vida sedentaria o con diabetes mellitus tipo II se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos 150 minutos a la semana”.

La actividad física que el paciente debe realizar es de acuerdo a la necesidad del control de peso, es recomendable que antes de realizar cualquier tipo de actividad el individuo debe mantener un control sobre sus niveles de glucosa para evitar una hipoglucemia como se muestra en el siguiente diagrama de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (*DOF, 2010*).

Recomendaciones para hacer actividad física en personas con diabetes.



Diagrama 1: Recomendaciones para realizar actividad física en personas con diabetes
<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

Cuidados en la dieta

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud promoción y educación para la salud en materia alimentaria Criterios para brindar orientación (DOF, 2012) menciona que “Los planes de comidas deben adaptarse a sus hábitos y estilo de vida diarios y deben incluir alimentos que le gusten. El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso adecuado, evitándose planes de alimentación con menos de 1200 Kcal al día”.

El control en la dieta es fundamental para que el índice de masa corporal disminuya y la cantidad de concentración de glucosa sea menor y reducir la concentración de dislipidemias, la actividad física y el tipo de alimentación deben ir en coordinación ya que la cantidad de calorías que consume y la actividad física es con la finalidad de obtener niveles de glucosa estables para mantener bajo control su estado patológico.

Vigilar los niveles de glucosa

La mayoría de las personas con diabetes tipo II solo necesitan revisarse su nivel de glucosa una o dos veces al día, si los niveles de glucosa en la sangre están bajo control, posiblemente solo sea necesario verificarlos unas cuantas veces por

semana, debe saber identificar los signos y síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia.

Mantener un registro de la glucosa con base en los resultados puede mostrar la eficacia del tratamiento y en caso de mostrar datos anormales facilita el determinar si es necesario hacer cambios en las comidas, la actividad o los medicamentos, con el fin de mantener los niveles de glucosa en la sangre en un rango apropiado.

Para que el paciente aprenda a manejar su estado patológico es esencial el apoyo del personal sanitario así como de su familia debido a que son parte importante en la participación sobre su autocuidado y al igual que el individuo con diabetes mellitus tipo II deben ser capacitados para poder prevenir futuros casos de diabetes dentro del núcleo familiar y los tipos de cuidados que son esenciales para evitar la aparición de complicaciones al identificar signos y síntomas de alarma en caso de una hiperglucemia o hipoglucemia, el mejoramiento en el estilo de vida mediante la adopción de nuevos hábitos saludables con el fin de mantener bajo control el nivel de glucosa en el individuo enfermo.

3.5.5 TERAPIA FARMACOLÓGICA

La terapia farmacológica se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal, en el caso de la diabetes mellitus tipo II se utilizan medicamentos hipoglucemiantes orales y algunas veces insulinas, al brindarse un tratamiento farmacológico se debe tomar en cuenta la facilidad de acceso hacia los medicamentos debido a los costos y que el paciente tenga mayor probabilidad de apegarse al manejo para controlar su estado patológico y recuperar su estilo de vida.

Porter (*Porter, 2019*) menciona que “Los hipoglucemiantes orales se encargan de regular los niveles de glucosa en sangre en los pacientes con diabetes tipo II y no son eficaces con los pacientes diabéticos tipo I”.

El uso de la terapia farmacológica debe ser valorada, ya que si no se adecua el uso del medicamento para tratar la patología del paciente se debe optar por otro

tipo de hipoglucemiante y en caso de no lograr controlar los niveles e glucosa en sangre se puede recurrir al uso de insulina.

Tiziani (*Tiziani, 2018*) menciona que “Existen distintos tipos de fármacos que se caracterizan por realizar distintas acciones con la finalidad de regular los niveles de glucosa por lo que es importante capacitar a los familiares y el paciente sobre la vigilancia de los niveles de glucosa en sangre”

Sulfonilureas

Fueron descubiertas en 1942 de forma accidental por Janbon al observar convulsiones en pacientes que padecían fiebre tifoidea pero estos pacientes presentaban desnutrición, a principios de los años 80 se descubrió que la acción de las sulfonilureas se debe a la ocupación del receptor SUR1 en la membrana de la célula beta pancreática estimulando el páncreas para que produzca más insulina, mejoran la sensibilidad de las células beta del páncreas al estímulo por la glucosa por medio de la GLUT 2 y reduce la producción basal de glucosa por el hígado, son indicados para los pacientes que necesitan control farmacológico cuando la actividad física y la dieta no es suficiente para controlar los niveles de glucosa, Contraindicado en pacientes sensibles a las sulfonilureas, pacientes con insuficiencia renal con creatinina menor a 50ml/min y diabetes tipo I.

Las reacciones adversas que llegan a presentar son Náusea, vómito, hiperacidez gástrica, dolor epigástrico, anorexia, estreñimiento y diarrea, alteraciones del gusto, cefalea, mareos, parestesia y tinnitus, en forma rara se presenta hipoglucemia, prurito y fotodermatitis. Sus interacciones con otros medicamentos son el Incremento de su efecto hipoglucemiante con los inhibidores encimas convertidoras de angiotensina, bloqueadores beta adrenérgicos, analgésicos no esteroideos y disminuye su efecto en combinación con bloqueadores de canales de calcio, corticosteroides, furosemide, anticonceptivos orales y rifampicina. Entre los medicamentos más comunes dentro de las sulfonilureas son:

- Glibenclamida:

Pertenece a la segunda generación, se administra por vía oral, el efecto hipoglucemiante inicia en las primeras dos horas alcanzando un máximo en las 3 a 4 horas de su administración, la semi vida de eliminación es de 10 horas y la duración del efecto hipoglucemiante es de 24 horas. La eliminación se lleva a cabo en la orina y las heces. Presentación en tabletas de 5mg, indicado en el tratamiento de diabetes tipo II y fallo con otros hipoglucemiantes.

La dosis en Adultos: Iniciar con 5 mg/24 horas. Si a la semana no se obtiene un buen control de la diabetes, se puede ajustar la dosis a razón de 2.5 mg a intervalos semanales. La dosis máxima de mantenimiento recomendada es de 15 mg/día. Para una correcta administración de preferencia tomar en dosis única por la mañana antes del desayuno. En caso de dosis superiores a 10 mg/día puede ser conveniente administrarlo dos veces al día. El cambio de insulina a glibenclamida si el paciente está recibiendo menos de 20 unidades de insulina al día, administrar 2.5 a 5 mg de glibenclamida 24 horas después de la última aplicación. Si el paciente está recibiendo de 20 a 40 unidades diarias de insulina al día; administrar 5 mg de glibenclamida 24 horas después de la última aplicación. En pacientes que estén recibiendo más de 40 unidades de insulina, reducir en 50% la dosis de insulina y administrar 5 mg de glibenclamida 24 horas después de la última aplicación, y disminuir de manera paulatina la insulina, e ir aumentando 2.5 mg de glibenclamida cada 2 a 10 días, según el control de la glucemia.

- Tolbutamida:

Pertenece a la primera generación, se administra por vía oral, se absorbe fácilmente por el tracto gastrointestinal, se puede detectar en la sangre a los 30 minutos de su administración oral; las concentraciones máximas se alcanzan de 3 a 5 horas. Su excreción es por vía renal, Su vida media es aproximadamente de 6 horas y se metaboliza en el hígado. Presentación de tabletas 500mg Dosis inicial: 1 a 2 g al día, puede disminuirse o aumentar según la respuesta del paciente, es importante su administración junto con los alimentos de preferencia antes de cada alimento. No se recomiendan dosis mayores de 3 g.

Biguanidas

La historia de las biguanidas se puede trazar a partir del empleo de la planta, *Galega officinalis* (popularmente llamada “ruda cabruna” o “lila francesa”). A partir de 1927, se emplearon dos derivados sintéticos de la guanidina sintalina-A (decametileno-bis-guanidina) y neosintalina (dodecametilo-bis-guanidina). Tras un empleo muy limitado, fueron muy pronto retiradas debido a su toxicidad hepática. Entre 1957 y 1958 se introdujeron las biguanidas Metformina, Fenformina (retirada del mercado en 1970 por producir acidosis láctica) y Butformina. Su efecto de acción es el aumento de sensibilidad hacia la captación de insulina por parte del hígado, músculos y los tejidos reduciendo la gluconeogenesis reduciendo la producción de glucosa basal y aumentando el uso en un 20 a 25% dentro del músculo. Indicado para el tratamiento de diabetes tipo II sin complicaciones, contraindicada en pacientes con diabetes gestacional, diabetes mellitus, tipo I, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, desnutrición severa, alcoholismo crónico, complicaciones agudas de la diabetes (cetoacidosis), deficiencia de vitamina B₁₂, hierro y ácido fólico, embarazo y lactancia, infecciones graves traumas, deshidratación. Efectos adversos náuseas, vómitos, anorexia, lo que se traduce en baja de peso, alteraciones del gusto, disminución de la absorción, incluyendo la vitamina B₁₂, acidosis láctica (menor incidencia en comparación con otras biguanidas), la interacción que presenta es su potencialización del efecto de los anticoagulantes y de los fibrinolíticos. Inhibe la absorción de la vitamina B₁₂.

- Metformina:

La metformina es considerada la mejor opción entre las biguanidas debido a que no causa hipoglucemia y menos riesgo de presentar acidosis láctica. Se administra por vía oral. El efecto hipoglucemiante tiene una duración de 4 a 5 horas, se consiguen concentraciones máximas en las 7 horas posteriores. Las mayores concentraciones del fármaco se encuentran en riñones, hígado y glándulas salivares. La metformina no se metaboliza en el hígado ni se une a las proteínas plasmáticas o hepáticas, se elimina por los riñones y su semi vida de eliminación es de 17.6 horas, en pacientes con aclaramiento de creatinina menor a 60ml/min aumenta el

riesgo de acidosis láctica. La presentación es de 500, 850 y 1000mg. En adultos la dosis diaria y la forma de administración depende del estado metabólico del paciente. Los esquemas de dosificación usuales consideran como dosis inicial 500mg dos veces al día u 850 mg una vez al día, administrados con los alimentos. Cuando se utiliza la tableta de 500 mg, la dosis puede ser ajustada con intervalos de una semana, de acuerdo con el efecto sobre la glucemia. En los casos en que se usa la tableta de 850mg, la dosis puede ser ajustada cada dos semanas. La dosis máxima recomendada de metformina es de 3,000mg al día.

Meglitinidas

Como las sulfonilureas, actúan estimulando la secreción de insulina, por inhibición de los canales de potasio dependientes de ATP de las células betas pancreáticas, aunque parece que difieren en las zonas de unión a estas. Aportan la ventaja de tener un comienzo de acción rápido (30 minutos) y de corta duración, circunscrito al periodo postprandial (4 horas), por lo que facilita el horario de las ingestas, se encargan de la corrección de hiperglucemia postprandial y cuando la diabetes tipo II no es posible controlar con la dieta y el ejercicio y el uso de metformina no es suficiente. El efecto adverso principal es la hipoglucemia, incremento de peso y contraindicadas en diabetes tipo 1, hipersensibilidad a repaglinida o nateglinida, embarazo o lactancia, insuficiencia hepática severa, al hacer interacción con otros fármacos aumenta su efecto como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, esteroides anabólicos, bloqueadores de los receptores beta adrenérgicos no selectivos y analgésicos no esteroideos, el efecto hipoglucemiante disminuye con barbitúricos, corticosteroides y hormonas tiroideas. Entre los medicamentos de esta familia el más común es:

- Repaglinida

La repaglinida es a la vez dependiente de la dosis de glucosa, es rápida y completamente absorbida desde el tracto gastrointestinal. Se administra por vía oral. La biodisponibilidad media absoluta es del 56% y los niveles plasmáticos máximos se alcanzan al cabo de una hora de su administración. Se une extensamente a las proteínas del plasma >98% y se metaboliza en el hígado por la encima CYP3A4. La

eliminación se lleva a cabo de forma rápida en una semi vida de treinta minutos, el 92% es excretada por las heces y el 8% por orina. La dosis en los pacientes no tratados previamente o en los pacientes cuya hemoglobina glucosilada es <8%, comenzar con 0,5mg preprandialmente se recomienda su consumo durante 15 a 30 minutos.

Para los pacientes que han tomado hipoglucemiantes orales y cuya hemoglobina es mayor que 8%, la dosis inicial es de 1 o 2 mg antes de cada comida. Los niveles de glucosa en sangre en ayunas deben ser monitorizados y las dosis preprandiales deben duplicarse hasta 4 mg hasta que se alcancen los niveles de glucosa en la sangre satisfactorios. Una vez que la dosis se ha ajustado, dejar pasar al menos una semana para revalorar la eficacia. Se debe tomar con cada comida hasta 4 veces al día. No exceder de 16 mg en un periodo de 24 horas. El tratamiento en combinación con metformina está indicado si el control de la glucosa no puede mantenerse con cualquier agente solo.

Tiazolidinedionas

Son una clase de medicamentos introducidos a finales de los años 1990 como terapia para la diabetes mellitus tipo II. Las tiazolidinedionas mejoran la sensibilidad a la insulina por actuar como agonistas selectivos de receptores de los peroxisomas gama activados, estos receptores son de suma importancia en los tejidos para la captación de insulina y son localizados en el núcleo celular, inhibe la gluconeogenesis hepática y para que realice su trabajo es necesario que esté presente la insulina. Indicados para el tratamiento de diabetes tipo II, el efecto adverso como la hipoglucemia es ocasionada si se administra en conjunto de otro hipoglucemiante o insulinas, puede ocasionar una disminución de hemoglobina y hematocrito, edema y riesgo de infartos al miocardio. Están contraindicados en diabetes tipo I pacientes con insuficiencia hepática y cardiaca clase I a IV, se recomienda vigilar durante el funcionamiento hepático cada dos meses durante el primer año de tratamiento y posteriormente en forma regular. El más común de esta familia es:

- Pioglitazona:

Las concentraciones plasmáticas son detectables de forma rápida en los primeros treinta minutos después de su administración y la concentración máxima es detectable a las 2 horas posteriores, se elimina por medio de líquido biliar, la semi vida media plasmática es de 3 a 7 horas. Se administra por vía oral, la presentación es en tabletas de 15, 30 o 45 mg la dosificación se determina que el tratamiento inicial es con 15 o 30 mg una vez al día en los pacientes que no responden de forma adecuada a la dosis inicial se puede aumentar hasta 45mg por día si no se logra establecer de esta forma se debe establecer una terapia combinada con otro hipoglucemiante.

Inhibidores de la alfa glucosidasa

Son sacáridos sencillos naturales o sintéticos que actúan inhibiendo competitivamente las enzimas que digieren los hidratos de carbono especialmente la alfa glucosidasa presente en las células de la pared intestinal, están indicados para el tratamiento de diabetes tipo I y II, contraindicada en pacientes con alteraciones gastrointestinales, los efectos adversos pueden provocar la aparición de flatulencia, meteorismo, distensión abdominal; ocasionalmente, diarrea y, menos frecuentemente, dolor abdominal. Dichos efectos pueden intensificarse si no se sigue una dieta adecuada. Medicamentos como antiácidos, adsorbentes intestinales y preparados de enzimas digestivas, pueden disminuir el efecto y si ésta se administra con sulfonilureas, metformina o insulina, se puede requerir disminución de la dosis de estos fármacos. El más común utilizado en esta familia es:

- Acarbosa:

La presentación es en tabletas de 25mg se administra por vía oral, se recomienda comenzar la dosificación con 25mg de acarbosa 3 veces al día acompañado de los periodos de alimentación, la dosis se puede ajustar hasta 100mg por día en pacientes con peso mayor a 60kg y en pacientes con menor peso hasta 50mg por día. Se elimina por medio de los riñones.

Inhibidores de la dipeptidilpeptidasa 4

La dipeptidilpeptidasa 4 es una enzima que inactiva las hormonas incretinas donde incluye el péptido 1 similar al glucagón y el péptido insulínotropo dependiente de la glucosa. Las incretinas forman parte de un sistema endógeno que participa en la homeostasis de la glucosa. Si las concentraciones de glucosa son normales o elevadas el péptido 1 similar al glucagón y péptido insulínotropo dependiente de la glucosa aumentan la síntesis y liberación de insulina de las células beta pancreática. Con niveles de insulina elevados, el péptido 1 similar al glucagón aumenta la captación tisular de glucosa y reduce la secreción de glucagón de las células alfa pancreáticas. La actividad del péptido 1 similar al glucagón y del péptido insulínotropo dependiente de la glucosa está limitada por la enzima dipeptidilpeptidasa 4 que hidroliza rápidamente las incretinas para formar productos inactivos. Al inhibir la dipeptidilpeptidasa 4 con lo que aumentan las formas activas de péptido 1 similar al glucagón y insulínotropo dependiente de la glucosa, aumentando la liberación de insulina y reduciendo los niveles de glucagón con un comportamiento glucosa dependiente.

Indicado en pacientes con diabetes tipo II en monoterapia al ser controlados inadecuadamente con dieta y ejercicio por sí solos y para los que el uso de metformina no es adecuado debido a contraindicaciones o intolerancia. Contraindicado en pacientes con diabetes de tipo 1 o en el tratamiento de la cetoacidosis diabética, por ser inefectiva en estas condiciones, no debe administrarse a pacientes con insuficiencia renal o insuficiencia hepática. Las interacciones con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina pueden reducir los niveles de glucemia, con los glucocorticoides, los agonistas beta 2 y los diuréticos tienen actividad hiperglucémica intrínseca.

- Sitagliptina:

Se absorbe con rapidez. La concentración plasmática máxima se alcanza entre 1 y 4 horas tras su administración y se elimina por medio de la orina. Su presentación es en comprimidos de 25, 50 y 100mg se administra por vía oral. La dosis del tratamiento antihiperglucémico con sitagliptina, sola o en asociación debe

individualizarse basándose para cada paciente teniendo en cuenta su eficacia y tolerancia, sin superar la dosis diaria máxima recomendada de 100mg de sitagliptina, se recomienda consumir 50mg en dos tomas al día en conjunto con el hipoglicemiante oral que el paciente utilice.

Agonista del péptido similar al glucagón

Estimula la secreción de insulina por parte de las células beta pancreática al unirse al receptor peptídico similar al glucagón, Estos medicamentos copian o imitan la acción del péptido similar al glucagón producido por el cuerpo. Los efectos del péptido similar al glucagón duran solo unos minutos, pero los agonistas del receptor de péptido similar al glucagón duran aproximadamente 10 horas. Ayudan a evitar que la glucosa suba demasiado al aumentar la insulina producida por el páncreas, disminuir el glucagón y ralentizar el vaciamiento estomacal. Indicado para el tratamiento de diabetes tipo II, presentan efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, debilidad o mareos. Contraindicados en pacientes con diabetes tipo I, insuficiencia renal y enfermedades gastrointestinales graves. La ralentización del vaciado gástrico puede afectar el funcionamiento de otros fármacos topados por vía y la hipoglucemia es rara en el uso homologo y es más común en combinación con una sulfonilurea oral; el fármaco más común dentro de los agonistas del péptido similar al glucagón es:

- Exenatidina:

Después de su administración subcutánea la concentración máxima se alcanza en 2 horas y eliminado por filtración glomerular con una semi vida de 2 a 4 horas, la presentación es en solución inyectable de 10 y 5 microgramos. La dosis debe iniciarse con 5 microgramos dos veces al día durante un mes con el objetivo de mejorar la tolerabilidad y se puede aumentar posterior mente a 10 microgramos al día, no se recomienda sobrepasar la dosis máxima de 10 microgramos y el manejo en pacientes mayores a 70 años se debe realizar el aumento de dosis con precaución.

Análogos de la amilina

En 1987, se descubrió que un polipéptido de 37 aminoácidos, la amilina, era cosecretada con la insulina por las células beta pancreáticas en una frecuencia de 4 a 6 pulsos por minuto. Los pacientes con diabetes tipo I muestran una deficiencia absoluta tanto de la insulina como de la amilina y, aquellos con diabetes tipo II, presentan deterioro de la secreción de insulina y amilina en respuesta a los alimentos. Se administran antes de la comida por vía sub cutánea, indicada para diabetes tipo I y II, se recomienda su uso en conjunto de insulinas debido a que incrementa el efecto de las insulinas, sus efectos adversos se caracterizan por vómito, problemas respiratorios, fiebre, escalofríos, pérdida del apetito, confusión, mareos, debilidad o cansancio inusual, sudoración, temblores, frío, irritabilidad, dolor de cabeza, visión borrosa, pulso cardíaco rápido, pérdida del conocimiento y dolor o malestar estomacal inusual y contraindicados ante la presencia de gastroparesia, las interacciones farmacológicas debido a su acción sobre el vaciamiento gástrico no se deberían emplear fármacos que afecten la motilidad digestiva como agentes anticolinérgicos, atropina, inhibidores de la x-glucosidasa. Otros fármacos empleados durante la terapia con pramlintida se deben administrar 1 hora antes o 2 horas después de la inyección por el riesgo de interferir su absorción.

- **Pramlitida:**

Se usa asociada a la insulino terapia. La posología difiere según se trate del tipo de diabetes (I o II). La dosis en la diabetes tipo II: 60mg por vía subcutánea administrados inmediatamente antes de las comidas principales reduciendo el dosaje de insulina a un 50%. La posología puede aumentarse a 120mg y según tolerancia clínica (náuseas). Se debe vigilar constantemente los niveles de glucosa en sangre debido al riesgo de hipoglucemia al potenciar el efecto de la insulino terapia. Su presentación es en lápices dispensadores pre llenados que poseen 5mcg y 10mcg con 60 dosis del medicamento para cubrir el mes de tratamiento.

Insulinas

La insulina humana y los análogos de la insulina están disponibles desde 1925 como tratamiento usado para la terapia de reemplazo de insulina. Las insulinas también se clasifican por la temporización de su acción sobre el cuerpo, inicialmente se la extraía de los páncreas de res y del ganado porcino.

A principios de la década de los 80 estuvo disponible la tecnología para producir insulina humana sintéticamente. Están indicadas en pacientes con diabetes tipo I y pacientes con diabetes tipo II que no se controlan adecuadamente con la dieta, actividad física y el uso de hipoglucemiantes al igual que puede usarse durante periodos de estrés como enfermedades, traumatismos o cirugías, tratamiento de urgencia en la cetoacidosis diabética y diabetes gestacional. La dosificación se determina de acuerdo a los niveles de glucosa en sangre y el tipo de dieta que el paciente este manejando. Sus efectos adversos se caracterizan por hipoglucemia, edema, eritema hinchazón o prurito en la zona de administración y resistencia a la insulina. La interacción de la insulina con el alcohol ha demostrado que prolonga su acción, los requerimientos de insulina pueden aumentar si se administran con estimulantes beta 2 como salbutamol, diuréticos como furosemida, corticosteroides y hormonas tiroideas.

La acción hipoglucémica puede ser antagonizada por fenitoina, los requerimientos de insulina pueden ser disminuidos si se administra con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Se administran por vía sub cutánea o intra venosa (no se debe mezclar con otro tipo de medicamentos) y no se debe frotar el área de la incisión debido a que puede acelerar la absorción. El almacenamiento debe ser de 2 a 8°C sin llegar a congelar y sin refrigeración a menos de 25° presentan una duración de un mes. Existen tres grupos principales de insulinas: insulina de acción rápida, de acción intermedia y de acción prolongada las cuales se mencionan en la siguiente tabla:

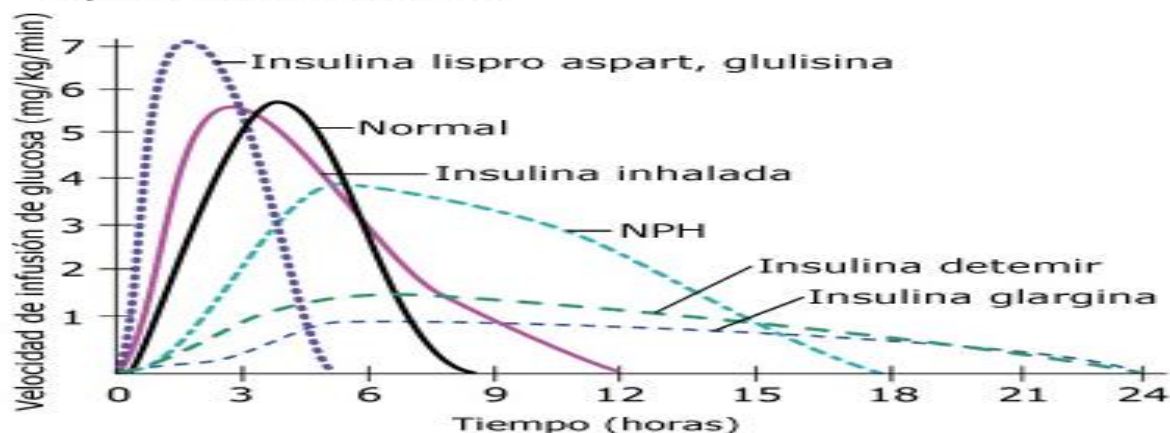
Preparación	Apariencia	Acción	Aparición de la acción	Efecto máximo	Uso	Duración
Glargina presentación: pluma precargada, cartucho o frasco ampola todos en 100 U/ml LANTUS	Clara	Larga duración	1 hora	Equilibrio	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas.	24 horas
Detemir Presentación: pluma precargada y cartucho 100 U/m LEVEMIR.	Clara	Larga duración	2 horas	6 a 8 horas	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas.	24 horas
NPH o insulina isofana Presentación: pluma precargada Cartucho y Frasco ampola en 100U/ml HUMULIN NPH.	Lichosa	Intermedia	1 hora	4 a 10 horas	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas.	16 a 18 horas
Lispro y NPH Presentación: cartucho de 100U/ml HUMALONG MIX DE 25 Y 50% de concentración.	Lichosa	Intermedia	15 minutos	1 hora	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas al igual que para corregir niveles altos de glucosa en sangre.	26 a 48 horas
Aspart y NPH Presentación: pluma precargada y cartucho de 100 U/ml NOVOMIX 30%	Lichosa	Intermedia	10 a 20 minutos	1 a 4 horas	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas al igual que para corregir niveles altos de glucosa en sangre.	24 horas

Insulina normal y NPH Presentaciones: pluma precargada cartucho frasco ámpula todos en 100U/ml MIXTARD 30/70 MIXTARD 50/50 HUMULIN 30/70	Lechosa	Intermedia	30 minutos a 1 hora	2 a 12 horas	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante la noche, mientras se está en ayunas y entre comidas al igual que para corregir niveles altos de glucosa en sangre.	24 horas
Insulina glulisina Presentación: pluma precargada de 100U/ml APIDORA	Clara	Corta duración	Menos de 30 minutos	Menos de una hora	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante las comidas y aperitivos y para corregir los niveles altos de azúcar en sangre	4 a 6 horas
Insulina Lispro Presentación: cartucho y frasco ámpula de 100U/ml HUMALOG	Clara	Corta duración	15 minutos	1 hora	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante las comidas y aperitivos y para corregir los niveles altos de azúcar en sangre	3 a 5 horas
Insulina Aspart Presentación: pluma precargada, cartucho y frasco ámpula de 100/ml NOVORAPID	Clara	Corta duración	10 a 20 minutos	1 a 3 horas	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante las comidas y aperitivos y para corregir los niveles altos de azúcar en sangre	3 a 5 horas
Insulina Regular soluble Presentación: Pluma precargada, cartucho y frasco ámpula de 100U/ml HYPURIN NEUTRAL	Clara	Corta duración	30 minutos a 1 hora	2 a 4 horas	Se usa para controlar el azúcar en sangre durante las comidas y aperitivos y para corregir los niveles altos de azúcar en sangre.	6 a 8 horas

Tabla 1: funcionamiento de las insulinas. Autor: Adriana Tiziani, Fármacos en Enfermería, 4^{ta} edición, editorial: manual moderno, año 2011.

Si se hace una comparación de las insulinas entre sí para determinar la velocidad y la durabilidad en que estas realizan su trabajo sobre la glucosa en cuanto al tipo de acción en que muestran su efecto máximo y la duración se representa de la siguiente manera a continuación en la gráfica:

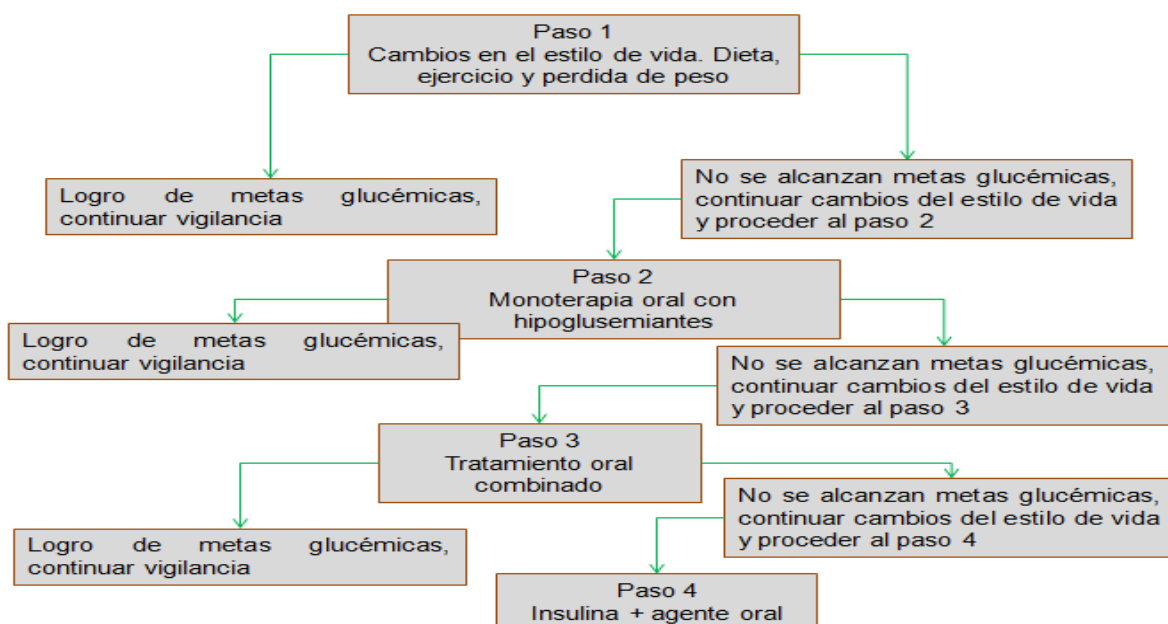
Perfiles de actividad de los distintos tipos de insulina



Grafica 4: perfil de actividad de las diferentes insulinas. <https://dtc.ucsf.edu/es/tipos-de-diabetes/diabetes-tipo-2/tratamiento-de-la-diabetes-tipo-2/medicamentos-y-terapias-2/prescripcion-de-insulina-para-diabetes-tipo-2/tipos-de-insulina/>

Las modificaciones en el estilo de vida contribuyen completamente en la eficacia del tratamiento farmacológico, muchas veces se inicia el tratamiento con una biguanida o en otros casos una sulfonilurea.

De acuerdo a la Federación de Medicamentos y Alimentos (*FDA, 2010*) dice que “La forma del tratamiento correcto para la diabetes tipo II es en 4 pasos dependiendo la necesidad del paciente de acuerdo al siguiente cuadro”.



Cuadro 1: pasos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Autor: Brunton L. Laurence, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 13^{va} edición, editorial: McGraw-Hill, año 2019

La terapia farmacológica en la diabetes mellitus tipo II se utiliza con la finalidad de poder controlar la hiperglucemia que puede aparecer en el paciente cuando el tratamiento con ejercicio y dieta no son efectivos completamente, con la ayuda de los hipoglucemiantes que sean más efectivos y se apeguen al tratamiento del individuo se puede reducir satisfactoriamente el riesgo de presentar complicaciones. Para el que individuo pueda usar estos medicamentos debe ser capacitado por el personal de salud al igual que los familiares con el fin de que puedan detectar signos y síntomas que les ayuden a diferenciar el momento en que se incrementa el nivel de glucosa en sangre o pueda ser una hipoglucemia, el cambio de estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo II es fundamental ya que debe ser participe en su recuperación del autocuidado con el fin de poder satisfacer sus necesidades.

3.5.6 COMPLICACIONES

Las complicaciones aparecen debido al agravamiento de una enfermedad, a causa de la ausencia de atención por parte del individuo hacia el seguimiento de su tratamiento de forma específica y también existe la influencia sobre la falta de su autocuidado y el entorno en el que se desarrolle, en el caso de la diabetes mellitus tipo II se generan distintas complicaciones ya que el paciente no presenta adherencia alguna ante su terapia que necesita para corregir los niveles de glucosa en sangre permitiendo la aparición de múltiples factores que modificaran su estado patológico debido a la negatividad en el interés de adoptar un cambio de su estilo de vida.

Según Porter (*Porter, 2019*) describe que “Tras varios años sin mantener un control adecuado sobre la hiperglucemia aparecen múltiples complicaciones sobre todo vasculares que afectan los vasos pequeños y grandes donde se presentan distintas manifestaciones devastadoras para la salud”.

En la siguiente tabla se describen algunas afecciones causadas por un mal control.

Tejido u órgano afectado	Efectos	Complicaciones
Vasos sanguíneos	<p>Los depósitos grasos se depositan y obstruyen las arterias de gran y mediano calibre que se localizan en el corazón, cerebro, las piernas y el pene.</p> <p>Las paredes de los vasos sanguíneos pequeños se lesionan de tal forma que no transfieren el oxígeno de forma normal hacia los tejidos.</p>	<p>La mala circulación puede producir una deficiente cicatrización de las heridas y puede dar lugar a cardiopatías, accidente cerebrovascular, gangrena de los pies y las manos, disfunción eréctil e infecciones.</p>
Ojos	<p>Se presenta un daño pequeño en los vasos de la retina.</p>	<p>Retinopatía diabética: Disminución de la visión y finalmente ceguera debido a la presencia de microaneurismas en los capilares de la retina, posteriormente se presenta el edema macular y al final neovascularización.</p>
Riñones	<p>Los vasos sanguíneos en los riñones se engrosan, la proteína se vierte en la orina y la sangre no se filtra normalmente.</p>	<p>Nefropatía diabética: El funcionamiento renal es deficiente hasta presentar una insuficiencia renal debido a la hipertensión glomerular y disminución de la tasa de filtración glomerular.</p>
Nervios	<p>La lesión en los nervios presentan lesiones debido a la falta de metabolización de glucosa y el aporte sanguíneo es inadecuado.</p>	<p>Neuropatía diabética: Los miembros distales presentan principalmente el daño al perder la sensibilidad.</p>
Sistema nervioso autónomo.	<p>Se dañan los nervios que controlan la presión arterial y los procesos digestivos se dañan.</p>	<p>Oscilaciones de la presión arterial, dificultad para deglutir, alteración de la función digestiva y a veces diarrea y disfunción eréctil.</p>
Piel	<p>Reducción del aporte de sangre a la piel y pérdida de sensibilidad que dan lugar a traumatismos frecuentes.</p>	<p>Ulceras diabéticas: Formación de úlceras e infecciones muy comunes debido a traumatismos y a la mala cicatrización.</p>

Sangre	La función de los glóbulos blancos en la sangre se altera.	Aumento a la predisposición de infecciones especialmente de vías urinarias y la piel.
Tejido conjuntivo	Los tejidos aumentan o disminuyen de grosor debido a la falta de metabolización de glucosa.	Afección por el túnel carpiano y contractura de dupuytren

Tabla 2: principales complicaciones de la diabetes mellitus. Autor: Robert S. Porter, Justin L. Kaplan y Barbara P. Homeier, Nuevo Manual Merck de Información Médica General 3 Vols, editorial: Océano, 3ª edición, año 2014,

La presencia de complicaciones durante la diabetes mellitus tipo II son demasiado graves, comúnmente son causadas por un mal concepto por parte de los familiares y el paciente sobre el tratamiento y los cuidados en los que deben participar para mejorar su calidad de vida con el fin de optimizar el autocuidado del individuo enfermo para recuperar la capacidad de satisfacer sus necesidades. Mediante la capacitación del personal sanitario al mantener bajo el margen al paciente con la promoción y prevención de la salud existe la posibilidad de corregir y evitar la aparición de complicaciones siempre y cuando ante su estado patológico el paciente adopte la responsabilidad de adquirir nuevos hábitos al cambiar el estilo de vida y mantener bajo control los niveles de glucosa en sangre.

3.5.7 PRONÓSTICO

El conocer el pronóstico de una patología permite detectar el periodo en el que puedan aparecer complicaciones y entender el desarrollo de la enfermedad en el paciente con la finalidad de analizar la forma en que evoluciona su estado patológico, al entender el proceso de la enfermedad es posible determinar los cuidados necesarios para que pueda presentar una recuperación o en el caso de la diabetes mellitus tipo II manteniendo bajo control los niveles de glucosa de acuerdo a la respuesta a la terapéutica indicada aumentando la esperanza de vida en el individuo enfermo haciéndolo participe de su autocuidado.

Según Porter (*Porter, 2019*) asegura que “El control de los niveles de glucosa en la sangre es una parte esencial del tratamiento de la diabetes, si el individuo logra adaptar hábitos adecuados cambiando el estilo de dieta y realizando actividad física para volver a un peso corporal adecuado la posibilidad de presentar complicaciones es menos probable”.

Al mantener bajo un riguroso control los niveles de glucosa y la adherencia del paciente a la terapéutica indicada es posible aumentar la esperanza de vida y retrasar la aparición de complicaciones.

El pronóstico para los pacientes con diabetes mellitus tipo II es satisfactorio si el individuo se apega correctamente al tratamiento y mantiene bajo control estricto sus niveles de glucosa en sangre, al mantener un autocuidado adecuado la aparición de complicaciones puede retrasarse o evitarse, al presentar una adherencia adecuada a la terapéutica es posible aumentar la probabilidad de vida al realizar cambios en su estilo de vida siendo de suma importancia que el personal sanitario lo capacite y colabore con la mejoría en su calidad de vida para poder satisfacer sus necesidades.

3.5.8 PREVENCIÓN

La prevención es fundamental en el control de la aparición de enfermedades, en el caso de la diabetes mellitus tipo II es necesario realizar diversas acciones dirigidas a la población general y de riesgo, para mantener bajo control la cantidad de pacientes enfermos por esta patología en el país, es necesaria la prevención y promoción a la salud al brindar capacitaciones por parte del personal sanitario advirtiendo sobre la enfermedad en un panorama general de acuerdo al nivel de atención.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (DOF, 2010) menciona que “La prevención de la diabetes mellitus se realiza en tres niveles: primaria, secundaria, terciaria y en algunos casos cuaternaria esto cuando el paciente ha sido diagnosticado”.

Cada uno de los niveles de prevención se basa en la realización de distintas actividades relacionadas al control, prevención y manejo de la diabetes mellitus tipo II, las cuales se mencionan a continuación.

- PreVENCIÓN primaria:

Se tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad, la práctica y la prevención son actividades que tienen el propósito específico de prevenir su aparición en base a dos tipos de estrategias de intervención primaria: en la población general y en la población con factores de riesgo asociados a la diabetes.

- PreVENCIÓN secundaria:

Está encaminada a pacientes ya confirmados con diabetes mellitus y cuyos objetivos son evitar la aparición de complicaciones agudas, y evitar o retrasar las complicaciones crónicas mediante acciones para cumplir los objetivos en base al control metabólico óptimo y permanente de la enfermedad.

- PreVENCIÓN Terciaria:

Dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas y tiene como objetivo evitar la discapacidad por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético y evitar la mortalidad temprana por enfermedad cardiovascular.

- PreVENCIÓN Cuaternaria:

Dirigida a evitar o retrasar la aparición de complicaciones en los pacientes ya diagnosticados.

Las acciones que se realizan en cada nivel de atención se enfocan a las necesidades de los pacientes, el primer nivel se basa en la prevención hacia la población aparentemente sana y en la de riesgo con la finalidad de evitar la aparición de diabetes mellitus tipo II a diferencia del segundo y tercer nivel de atención los cuales se enfocan en brindar un manejo y tratar la enfermedad mientras que la prevención cuaternaria se basa en disminuir la aparición de complicaciones hasta llegar a la discapacidad, el personal de salud tiene la responsabilidad de capacitar a la sociedad sobre la patología y los riesgos que conlleva el no mantener un control adecuado en los individuos enfermos.

Al realizar distintos cambios en el estilo de vida del paciente enfermo y de la población sana es posible reducir la cantidad de incidencia de diabetes mellitus tipo II en el país, la finalidad de la prevención y promoción a la salud es evitar la aparición

de nuevos casos de pacientes diagnosticados con diabetes y de individuos con complicaciones de esta misma patología que presentan debido al descuido en su autocuidado y la falta de apego al tratamiento. La dieta, la actividad física y el control de peso son piezas fundamentales para poder mantener bajo control la cantidad de futuros enfermos diagnosticados de diabetes y los individuos en riesgo de presentar complicación alguna al mejorar su calidad de vida y mantener o en otros casos recuperar parcialmente la satisfacción de realizar sus necesidades.

CAPÍTULO IV

LA INFLUENCIA SOCIAL EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II

4.1 ¿QUÉ ES LA SOCIEDAD?

El entorno juega un papel fundamental en la toma de decisiones y en el autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II, por lo que tomo a la sociedad como parte fundamental de esta investigación ya que puede causar un impacto importante hacia el manejo de la diabetes mellitus tipo II debido a las creencias socioculturales y métodos caseros o alternativos con los que determinan que se puede mantener los niveles de glucemia en sangre bajo control afectando el interés del paciente por adherirse al tratamiento médico alópata incrementando posiblemente el riesgo de presentar complicaciones, por lo que inicio definiendo en este capítulo qué es la sociedad.

Andrea Imaginario (*Imaginario, 2019*) define que “Sociedad es un grupo de seres que viven de una manera organizada. La palabra proviene del latín *societas*, que significa asociación amistosa con los demás”.

Es entonces que la sociedad es un grupo con un fin en común donde cada individuo participe tiene una actividad determinada que debe realizar para poder cumplir con las necesidades que el grupo se proponga y lograr sus objetivos.

Según Weber (*Parreño, 2013*) dice que “La sociedad es un sistema o conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad en los que se regulan los procesos de pertenencia, adaptación, participación, comportamiento, autoridad, burocracia, conflicto y otros”.

Para Max Weber la sociedad es un conjunto de individuos que crean un entorno estable con base a sus propias leyes y participan entre sí apoyándose unos a los otros hasta lograr los objetivos a fines que se propongan siendo pertenecientes al grupo social en el que se desarrollen compartiendo ideas semejantes y con un enfoque cultural característico de su grupo social.

Comte (Bourdeau, 2003) describe “La sociedad como un organismo vivo que tiene una estructura y sus partes no funcionan de manera independiente. Concibe la sociedad como una estructura en la que cada miembro ejerce una función distinta y cada parte es interdependiente”.

Al citar las definiciones de distintos filósofos concluyo que la sociedad es un conjunto de individuos que colaboran entre sí para lograr objetivos semejantes donde cada uno de sus integrantes presenta una función siendo dependientes de las actividades que los demás miembros realicen para lograr el cumplimiento satisfactorio de sus necesidades.

4.1.1 TIPOS DE SOCIEDAD

La sociedad al igual que los seres vivos a evolucionado con el fin de funcionar como un sistema único pasando por diversos cambios socioculturales y en el comportamiento de los integrantes la adopción de nuevos hábitos, lo cual llega a generar la necesidad de conseguir distintos objetivos de cada individuo que pertenece al grupo social y en base a el tipo de cultura en la que se desarrollen permite cumplir en conjunto sus metas que se proponen como organización.

Ruiz (*Ruiz, 2005*) menciona que “Las sociedades humanas, tanto las prehistóricas como las actuales, pueden ser clasificadas siguiendo diferentes criterios relacionados con el grado de complejidad de su jerarquía sociedad, el desarrollo de su cultura y aplicación tecnológica, además del tamaño de la misma”.

Sociedades cazadoras y recolectoras

La sociedad cazadora y recolectora se caracterizó por el cumplimiento de su única necesidad fisiológica que era la alimentación, estaba formada por pequeños grupos, su forma organización estaba derivada por el control de la persona mayor del grupo social, cada individuo desarrolla una actividad fundamental donde el hombre se encarga de obtener el alimento al cazar animales y la mujer se encarga del cuidado en el hogar y de la recolección de frutos y verduras.

Sociedades pastorales

La sociedad pastoril se caracterizó en la domesticación y crianza de distintos animales con la finalidad de poder sobrevivir, su interacción con otras culturas debido a las expansiones territoriales permitía el intercambio de alimento por caballos u otros tipos de animales. Se caracterizaron por poseer grandes manadas de ganado y cambiar de lugares para vivir a causa de los cambios de clima y la cantidad de alimento que se presentara debido a que aún no conocen la agricultura.

Sociedad hortícola

La sociedad hortícola residía en zonas lejanas a grandes poblaciones debido a que su forma de supervivencia era en gran parte por el consumo de su propia producción de plantas y vegetales, nunca mostraron dependencia de la ayuda de animales ni de herramientas, la obtención de bienes y las carnes son obtenidas por las visitas que regularmente realizaban en los pueblos con comercio.

Sociedad agraria

La sociedad agraria se caracterizó por el uso de la tierra al sembrar diversas plantas y verduras, estos espacios de terreno lo denominaban como propiedad de quienes lo cosechaban, su prevalencia en el mismo sitio permite el comercio o realizar intercambios por diversos productos como son bienes materiales o animales. El método de supervivencia básicamente fue gracias a el consumo de su propia producción y al realizar trueques sobre otros objetos o comida.

Sociedad industrial

En la historia de la humanidad la industrialización fue una parte importante para la evolución de la sociedad en cuanto al desarrollo de los diferentes grupos étnicos debido a que cada individuo perteneciente desempeña una función importante, la sociedad industrial depende completamente de la manufactura propia y de otras personas, se caracteriza principalmente por el incremento en el mercado y la producción de materiales presentando una división social como la clase obrera quienes se encargan del manejo de la maquinaria y la comercialización.

Sociedad postindustrial

En la actualidad la humanidad no se concentra en tan solo la manipulación de maquinaria si no que ha cambiado ese rol de oficio por una profesionalización donde sus actividades a realizar son diferentes de acuerdo a su rol y desempeño laboral para lo que estén preparados, al presentarse la sociedad postindustrial se identifica un gran cambio en las acciones que cada individuo realiza para contribuir al funcionamiento adecuado de su grupo en el que se desarrolle.

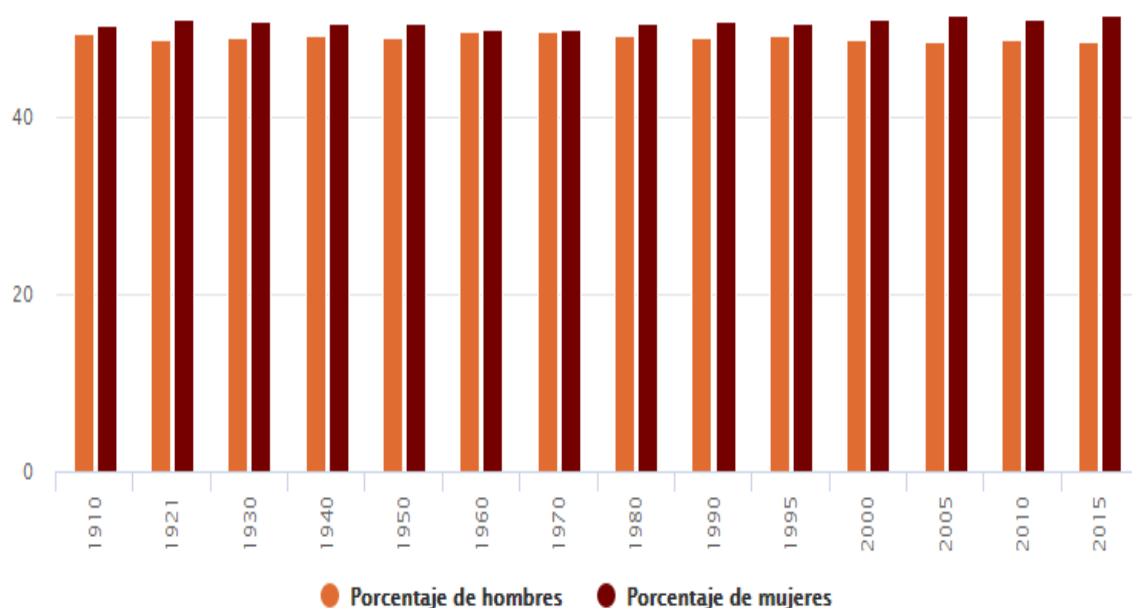
La sociedad ha presentado un cambio en sus costumbres debido a los enfoques culturales y necesidades de los individuos pertenecientes al grupo, ya que cambia con el paso del tiempo y buscan objetivos cada vez más específicos y con el apoyo de cada integrante reduce las dificultades para conseguir sus metas debido a que funciona como un sistema único donde las acciones que realizan son necesarias con la finalidad de alcanzar las metas que se proponen en un corto, mediano o largo plazo.

4.2 LA SOCIEDAD EN EL MÉXICO ACTUAL

La población mexicana ha sufrido diferentes cambios en su desarrollo de usos y costumbres debido a que se presenta una gran cantidad de culturas y por consecuencia adquieren diferentes hábitos en el comportamiento de los individuos a causa de la evolución en el pensamiento de las personas, tomando en cuenta las creencias, el estilos de vida, la alimentación y los diferentes grupos sociales. La sociedad actualmente presenta diferentes características entre ellas la existencia de oficios y profesiones generando que los intereses de las personas sean comúnmente bienes materiales y comida entre otros de acuerdo al tipo de población en el país.

De acuerdo a datos determinados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (*INEGI, 2015*) menciona que “El censo poblacional 2015 arrojó que el número de personas en el país es de 119, 938, 473 personas con una edad media de 27 años, en genero se determina que el 51.4% son mujeres y el 48.6% son hombres”

En la siguiente grafica se puede apreciar la cantidad de hombres en relación al número de mujeres.



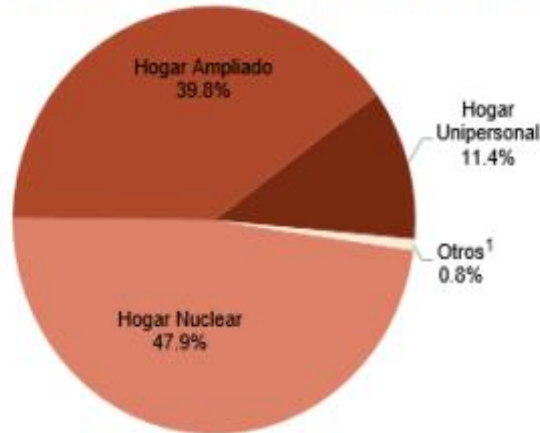
Grafica 1: Población total por sexo <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

De acuerdo a la estadística poblacional obtenida del INEGI deduzco que la población mexicana presenta una pequeña diferencia en la cantidad de mujeres relacionada al número de hombres, determinando que por cada 100 femeninas existe la presencia de 94.4% varones siendo casi equivalentes en cantidades numéricas.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2018 (ENANID, 2019) dice que “México es un país con una tasa alta de envejecimiento hay en existencia 38.0% de personas adultas mayores por cada 100 niños y jóvenes, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas. Cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%) son económicamente activas y siete de cada diez (69.4%) personas de edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. Según la encuesta reporta que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total. La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros), casi cuatro de cada diez (39.8%) residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos”.

En la siguiente grafica se muestra la relación del tipo de hogar en el que vive la población mayor a 60 años.

Distribución porcentual de la población de 60 años o más por clase de hogar 2018



Grafica 2: Distribución de la población de 60 años a mas por clase de hogar 2018 https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

La población mexicana presenta un avance alarmante en el envejecimiento debido a que la cantidad de jóvenes en el país es mínima y al existir un incremento en el número de personas de la tercera edad aumenta los costos debido a la presencia de enfermedades que llegan a presentar por el estilo de vida que llevan a cabo y los hábitos que tienen mostrando dificultades para tener una vida digna a causa de múltiples factores entre ellos el abandono y la dependencia hacia otros.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) informa que “La tasa de mortalidad durante el 2018 de las 722 611 defunciones registradas, el 56.4% fueron hombres, el 43.5% mujeres y en 376 casos el sexo no fue especificado. Del total de defunciones, el 88.4% se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, mientras que 11.6% fueron por causas externas, principalmente accidentes, homicidios y suicidios.

Las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos.

El estilo de vida es un factor importante ya que la sociedad mexicana se ha caracterizado por incrementar la ingesta de alimentos ricos en grasa, bebidas azucaradas y la falta de actividad física teniendo como consecuencia el desarrollo de enfermedades a causa de una calidad de vida inadecuada. De acuerdo a la siguiente tabla podemos identificar las causas de muerte en hombres y mujeres.

Principales causas de muerte por sexo

Rango	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 149 368	Enfermedades del corazón 79 997	Enfermedades del corazón 69 357
2	Diabetes mellitus 101 257	Diabetes mellitus 49 679	Diabetes mellitus 51 576
3	Tumores malignos 85 754	Tumores malignos 41 590	Tumores malignos 44 164
4	Enfermedades del hígado 39 287	Agresiones (homicidios) 32 765	Enfermedades cerebrovasculares 17 841
5	Agresiones (homicidios) 36 685	Enfermedades del hígado 28 750	Influenza y neumonía 12 826
6	Enfermedades cerebrovasculares 35 300	Accidentes 26 540	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 220
7	Accidentes 34 589	Enfermedades cerebrovasculares 17 459	Enfermedades del hígado 10 533
8	Influenza y neumonía 28 332	Influenza y neumonía 15 504	Accidentes 8 030
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 23 414	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 12 193	Insuficiencia renal 6 018
10	Insuficiencia renal 13 845	Insuficiencia renal 7 825	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5 230

■ Enfermedades del corazón
 ■ Diabetes mellitus
 ■ Tumor maligno
 ■ Otras enfermedades no transmisibles
 ■ Accidentes
 ■ Agresiones (homicidios)
 ■ Enfermedades transmisibles

Tabla 1: Principales causas de muerte por sexo

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2019) menciona que “La esperanza de vida de las personas en México es de 75.1 años en promedio una esperanza vida mayor a la que se tenía hace 40 años (66.2 años). Las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres con una brecha de casi seis años, se han registrado 761 mil 787 defunciones, de las cuales 44.6% fueron mujeres y 55.4% hombres, la tasa de defunciones registradas por cada mil habitantes es de seis personas. Dentro de los 498 mil 286 decesos de personas de 60 años o más, 50.3% son hombres, mientras que 49.7% son mujeres, reflejando la feminización del envejecimiento, en el que hay 124 mujeres por cada 100 hombres de 80 años y más. Los problemas de salud como principales causas de muerte, tanto para mujeres como para hombres fueron enfermedades del corazón con una tasa de 114.2 decesos por cada cien mil habitantes, le sigue la diabetes mellitus con una incidencia de 85.9 defunciones por cada cien mil, y los tumores malignos con una tasa de 67.8 muertes por cada cien mil habitantes”.

Al analizar los datos de mortalidad obtenidos por el INEGI y la CONAPO determinó que la población mexicana presenta un incremento significativo en los problemas de salud, lo cual conlleva una tasa de mortalidad alta, esto es generado debido al estilo de vida inadecuado que practican y los hábitos que tienen afectando

su autocuidado, se presenta un incremento en el gasto de recursos destinados para el sector salud afectando la estabilidad y la capacidad de muchos sectores a lo que conlleva la necesidad de fomentar la promoción y la prevención a la salud.

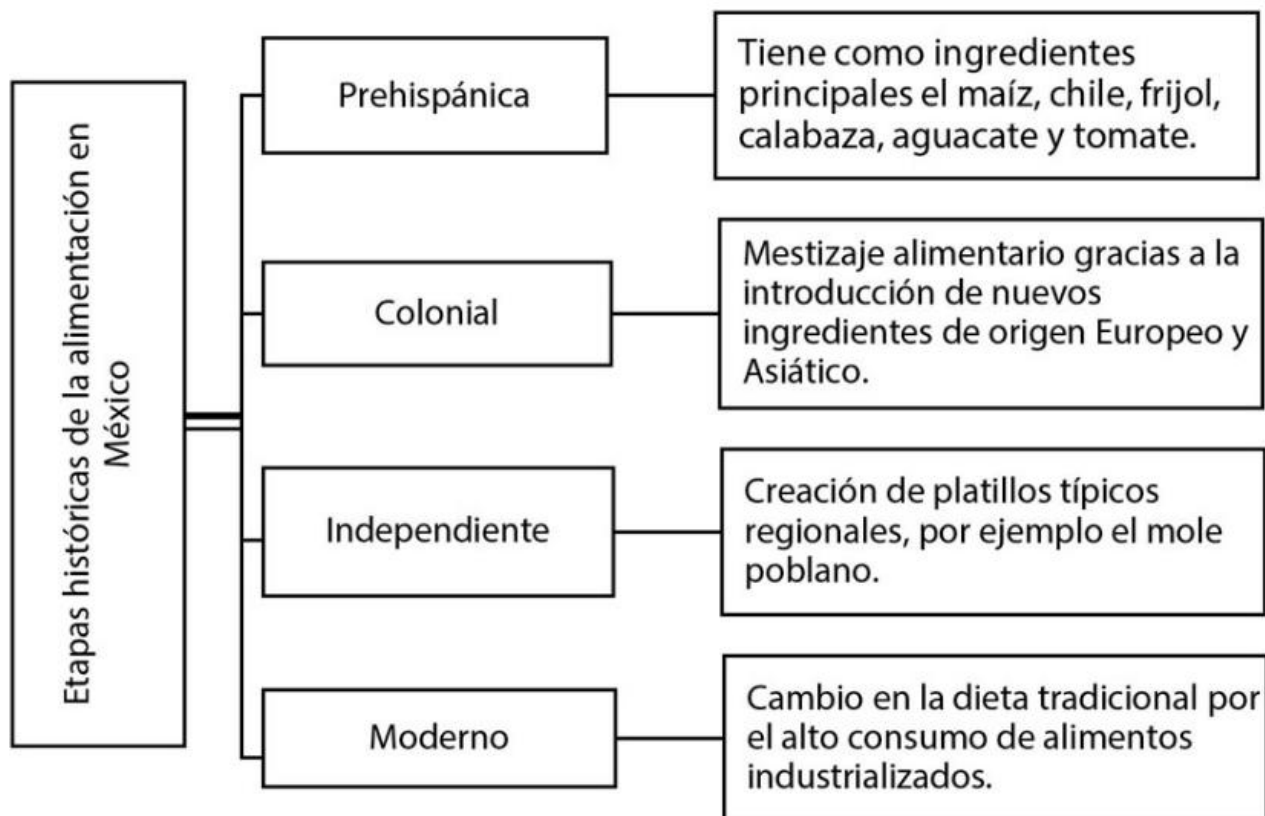
La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (*ENADIS, 2010*) afirma que “En torno a la diversidad religiosa que México presenta en su cultura actualmente es formada por minorías de grupos que enriquecen a la sociedad y van creando una multiculturalidad donde la población crece y adopta distintos hábitos”.

Actualmente la población mexicana ha incrementado el número de habitantes en el país con una mayor prevalencia de mujeres que hombres, a pesar del paso del tiempo la comunidad del país continua siendo de un estándar viejo debido a que existe mayor presencia de personas de la tercera edad al igual que existencia de una gran problemática ante la prevención de enfermedades tomando en cuenta múltiples factores entre los que se encuentran las creencias o prácticas religiosas, estilos de vida, hábitos y costumbres causando un aumento significativo en la tasa de mortalidad, determinando la falta de interés en el cuidado de la salud como el problema principal, los grupos que se forman de acuerdo al tipo de pensamiento y el comportamiento genera un factor predisponente para presentar diversas enfermedades entre ellas las más comunes cardíacas y diabetes mellitus al igual que la dificultad para una buena adherencia al tratamiento.

4.2.1 HABITOS DE ALIMENTACION EN MÉXICO

La alimentación es de gran importancia en la salud de las personas ya que si no se tiene un estado de nutrición adecuado aumenta la probabilidad de tener diversas enfermedades agudas y crónicas, México se caracteriza por presentar un índice alto en obesidad y diabetes a causa de los malos hábitos al consumir la comida ya que algunas poblaciones aún acostumbra cocinar con grasas naturales extraídas de animales como la manteca de cerdo y grasas procesadas como los aceites de cocina comunes.

Según Román (*Román, 2013*) menciona que “México ha sufrido transformaciones constantes en las características étnicas de su población, en los alimentos ingeridos y el contexto sociocultural en que son consumidos y aun en la actualidad se considera la cocina mexicana como inacabada, porque está expuesta a constantes mezclas, influencias e innovaciones”.



Cuadro 1: Etapas históricas de la alimentación en México
<https://www.revista.unam.mx/2019v20n1/salud-y-cultura-alimentaria-en-mexico/>

La sociedad mexicana ha presentado muchas evoluciones adoptando distintos estilos de vida y en su gastronomía los hábitos alimenticios han sufrido un cambio importante, al presentar diversas mezclas en un sinfín de materiales comestibles con la finalidad de ajustarse a la época actual sin perder su esencia cultural y a pesar del paso del tiempo aún continúa presentando susceptibilidad a sufrir diferentes cambios en su composición al mejorar el sabor, la consistencia y la modificación adaptable a las nuevas conductas que desarrollen las personas.

Gutiérrez (*Gutiérrez, 2012*) describe que “México atraviesa dos problemas de salud ya que el país ocupa la posición número uno a nivel mundial en obesidad; por

el otro, la desnutrición continúa afectando a la población, en especial a los niños menores de cinco años”.

Los cambios conductuales han presentado un importante favorecimiento a la actual epidemia de obesidad en la población al igual que diversas enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

La modificación a los estilos de vida nutrimental de la sociedad es de gran dificultad sin un conocimiento general de la cultura alimentaria debido a las costumbres que tiene cada estado del país a causa de la existencia de distintos factores que afectan la calidad de vida de las personas entre los que podríamos encontrar la época del año, festividades religiosas, estilo de vida sedentario, la forma en que la gente acostumbra a preparar los alimentos, el origen de los alimentos pudiendo ser naturales o procesados entre otros factores.

Latham (*Latham, 2002*) afirma que “La urbanización, la modernización y la sofisticación frecuentemente han llevado a dietas en las que un gran porcentaje del consumo de energía viene de azúcares y grasas, y conduce a un mayor consumo de sal”.

La globalización ha presentado ser un factor debido al aumento en la preferencia por los alimentos industrializados en lugar de los étnicos tradicionales y la migración del campo a la ciudad, han propiciado un cambio drástico en el estilo de vida de la población, el cual ha favorecido la transición epidemiológica en México, disminuyendo la prevalencia de enfermedades infecciosas e incrementando el índice de enfermedades cronicodegenerativas.

A continuación se muestra un cuadro en el que se describe que los hábitos de alimentación en la población mexicana identificándose que es mayoritariamente por bebidas altas en azúcar y alimentos ricos en grasas.



Cuadro 2: Hábitos de alimentación en México <https://www.mercawise.com/blog/estudios-de-mercado/habitos-alimenticios-en-mexico/>

El brindar a la población una educación para la salud es fundamental para la promoción y prevención de enfermedades, al fomentar en las personas la adopción de distintas conductas en su alimentación y los cambios en el estilo de vida permiten un regreso de la dieta tradicional mexicana con la intervención del personal sanitario al sugerir la reducción en el consumo de alimentos de origen industrial y consumir alimentos más naturales con la finalidad de disminuir los índices de enfermedades agudas y crónicas en el país.

Según Calderón (Calderón, 2017) menciona que “La sociedad mexicana al continuar presentando una alta prevalencia en el consumo de alimentos altos en grasas y bebidas azucaradas se optó por el desarrollo de una campaña denominada los 5 pasos por tu salud integrada a la sociedad en el 2010 bajo los puntos de actívate, toma agua, come verduras y frutas, mídete, comparte: familia y amigos y posteriormente se modificó en el 2015 por chécate mídete y muévete con la finalidad de reducir los niveles de obesidad en México y en el 2019 el cambio de etiquetado en el contenido de los alimentos”.

Los malos hábitos que presenta la sociedad mexicana en su alimentación es alarmante debido a que con el paso del tiempo incrementa cada vez la cantidad

personas con enfermedades cronicodegenerativas por lo que es esencial brindar una educación adecuada a las personas con la finalidad de que mejoren el estilo de vida y prevengan la aparición de futuras enfermedades o complicaciones en base a la intervención del personal sanitario fomentando la reducción del consumo de víveres procesados. De acuerdo a los autores citados anteriormente deduzco que la población prefiere los alimentos procesados debido a la rapidez de preparación, la fácil adquisición y la alta concentración de azúcares dejando a un lado una cultura alimenticia adecuada.

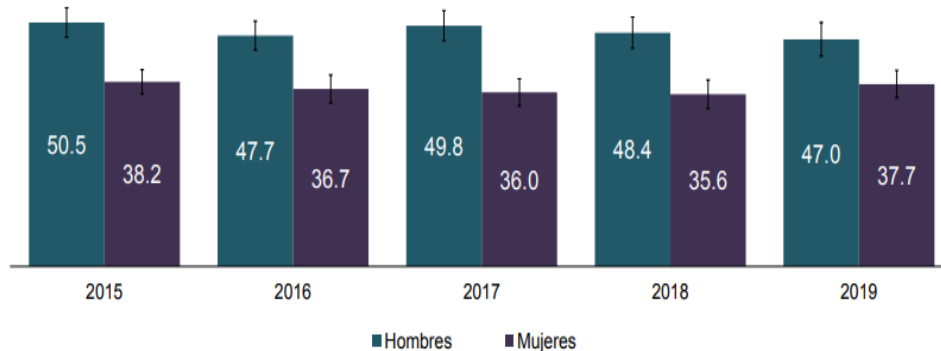
4.2.2 HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MÉXICO

La actividad física se considera que es cuando una persona realiza cualquier movimiento produciendo un desgaste de energía corporal, esta es fundamental para tener un cuerpo sano y reducir los riesgos de padecer enfermedades o mantenerlas bajo control, el ejercicio que el individuo realiza debe ser acompañado de una alimentación adecuada. La sociedad mexicana presenta datos alarmantes a nivel mundial siendo el primer lugar en obesidad, uno de los factores predisponentes que causa la obesidad es el sedentarismo siendo considerado como el origen principal de diversas enfermedades cronicodegenerativas.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) menciona que "En México el 56.2 por ciento de los adultos mexicanos no hace ningún tipo de actividad física, es más, el 18 por ciento de ellos nunca ha practicado alguna actividad deportiva. Los pretextos más comunes son la falta de tiempo (57.9%), el cansancio después de trabajar (16%), problemas de salud (13%), falta de dinero (3%) y la pereza (2%). La principal razón para ejercitarse, del 43.8 por ciento de la población mexicana que sí realiza actividad física, es para mejorar su salud o por recomendación médica. El porcentaje de activos físicamente es mayor en los hombres (47.0%) que en las mujeres (37.7%), mostrando una reducción en el interés de realizar actividad física durante el paso de los años desde el 2015 al 2019"

En la siguiente grafica es posible observar la cantidad de personas que realizan actividad física obteniendo un campo de análisis más amplio al diferenciarlos entre hombres y mujeres.

Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente, por sexo Serie 2015 a 2019



Grafica 1: Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente, por sexo 2015 a 2019

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/moprade/def/doc/resultados_moprade_nov_2019.pdf

México es un país donde la población que se ejercita es mínima, caracterizándose en que los hombres realizan mayoritariamente actividad física a comparación de las mujeres según datos del INEGI, comúnmente esto es relacionado a la falta de tiempo debido a las actividades que desempeñan durante el día, en general puedo recalcar que la población se ha vuelto sedentaria en una pequeña proporción por los avances tecnológicos ya que genera una facilidad para realizar trabajos que requieren un esfuerzo y muchas veces dejan a un lado la importancia de realizar ejercicio para mantener una salud adecuada y prevenir la aparición de diversas enfermedades.

La sociedad mexicana regularmente destina solamente cuatro horas semanales para hacer ejercicio. Por esa razón muchas personas no se benefician de los efectos positivos a la salud que brinda la actividad física.

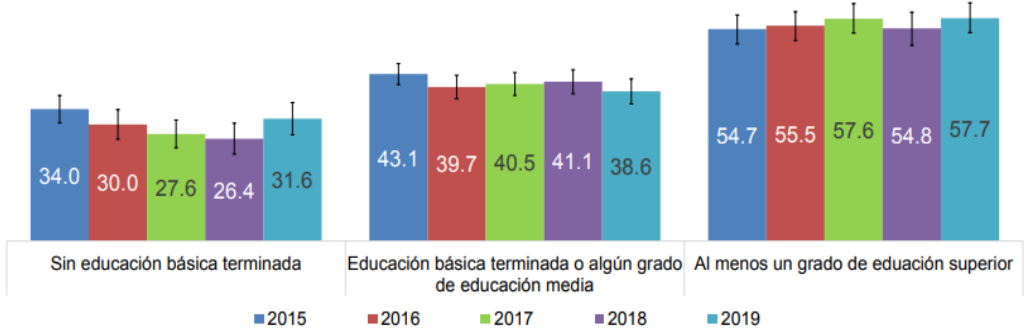
Las actividades que realizan las personas día con día es un factor predisponente muchas veces para realizar actividad física debido a la falta de tiempo, el tiempo que destina una persona para realizar ejercicio es muy mínima la recomendada para las personas de 18 a 64 años es importante que dediquen 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 vigorosa.

La comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE, 2019) afirma que “Las personas con mayor nivel educativo son las personas que se ejercitan más”.

Si desde pequeños se motiva a la práctica y se fomenta el hábito de realizar ejercicio y las implicaciones positivas que pueden tener en su salud, posiblemente el número de personas físicamente activas aumentaría de acuerdo a las motivaciones por las que realizan actividad física como se muestra en la siguiente gráfica.

Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en su tiempo libre por nivel de escolaridad Serie 2015 a 2019



Grafica 2: Porcentaje de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en su tiempo libre por nivel de escolaridad 2015 a 2019 https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/moprade/def/doc/resultados_moprade_nov_2019.pdf

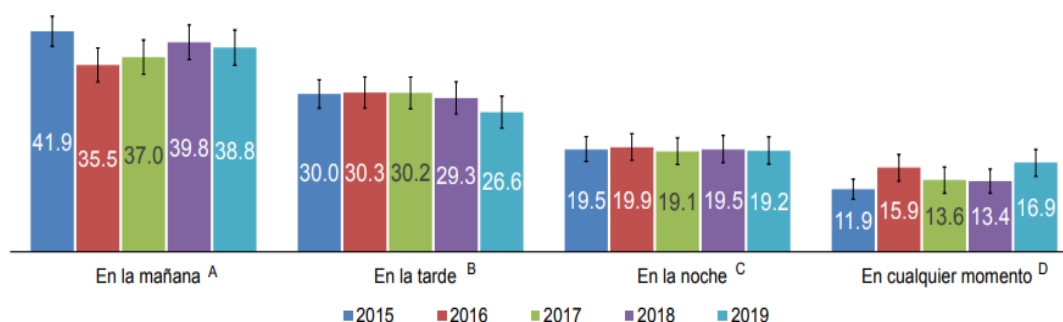
Al brindar información a las personas sobre la importancia de realizar actividad física en beneficio a su salud desde una edad temprana puede permitir un cambio importante en el estilo de vida de los individuos fomentando un hábito hacia el ejercicio y reduciendo el sedentarismo con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la sociedad con el apoyo del personal sanitario para prevenir la aparición de diversas patologías o bien mantener bajo control a los individuos ya diagnosticados y evitar la posibilidad de presentar complicación alguna.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) menciona que “La población mexicana realiza actividad física mayoritariamente por las mañanas debido al tiempo que le dedican a diversas actividades que desempeñan durante la tarde siendo el 38.8% en

un horario de 4:00 a 11:59hrs, en las tardes solo el 26.6% prefieren realizar ejercicio en un horario de 12 a 19:59hrs, en la noche el 19.2% durante un horario de 20:00 a 3:59hrs y en cualquier momento del día 16.9%”.

La hora en la que se destina el tiempo para realizar actividad física es importante ya que las personas reorganizan sus actividades diarias de acuerdo a como se muestra en la gráfica.

Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en tiempo libre, por horario de preferencia Serie 2015 a 2019



Distribución porcentual de la población de 18 y más años de edad activa físicamente en tiempo libre, por horario de preferencia 2015 a 2019

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/moprade/def/doc/resultados_moprade_nov_2019.pdf

La sociedad mexicana que presenta un mayor interés por el cuidado de su salud realizar actividad física durante las mañanas debido a que así no afecta el espacio que brindan a la ejecución de diversas actividades durante el resto del día, en la tarde la gente lo hace al culminar sus actividades matutinas y en la noche las personas rechazan el cumplimiento de la actividad física a causa del cansancio y el desgaste durante la jornada.

Entre las causas que ocasionan que México sea un país con poca actividad física se encuentran la falta de personal calificado para desarrollar programas deportivos, la escasez de ligas deportivas escolares y municipales, la carencia de programas de activación física a nivel nacional, la falta y el mal estado de la infraestructura deportiva, un escaso financiamiento público para actividades deportivas, entre muchas otras. Actualmente en México no existe ninguna herramienta que permita conocer el estado de aptitud física de la población. En la

actualidad no existe un sistema de detección, selección y desarrollo de talentos deportivos y también la calidad de vida no es la adecuada.

El fomentar una educación hacia la cultura física es de suma importancia para que la sociedad mexicana presente un interés al desarrollo del hábito de realizar actividades que le ayuden a conservar un estado de bienestar fisiológico adecuado o mantener bajo control el estado de salud en el que se encuentre, la falta de centros para realizar actividad física y la ausencia de entrenadores son factores predisponentes que dificulta que las personas hagan ejercicio ya que los individuos pueden lesionarse al ejercitarse de una forma inadecuada.

El gobierno mexicano lanzó el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2014 al 2018 para mejorar la práctica de la actividad física y el deporte. El objetivo es crear hábitos de práctica deportiva en el día a día de los mexicanos con la finalidad de mejorar el estilo de vida.

De acuerdo a la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE, 2013) menciona que se creó un programa denominado "Ponte al 100 a través de centros de medición repartidos por toda la República Mexicana buscando transformar los hábitos de los mexicanos cuando se trata de hacer ejercicio. En estos centros se mide la capacidad funcional de los asistentes, de acuerdo a los resultados se les asigna una rutina de ejercicio y orientación nutricional. Se hacen seguimientos para registrar y analizar los resultados".

El objetivo de los programas que desarrolla el gobierno tiene la finalidad de reducir los índices de obesidad y pacientes cronicodegenerativos en el país. La población mexicana presenta niveles alarmantes en cuanto al sedentarismo, de acuerdo a la información antes citada puedo determinar que la sociedad no realiza actividad física completamente pensando en presentar una calidad de vida adecuada y gozar de buena salud haciendo a un lado su autocuidado hasta que es recomendado el realizar ejercicio por el personal sanitario y muchas veces es después de ser diagnosticados con alguna enfermedad haciendo falta la promoción a la salud para prevenir la aparición de diversas patologías.

4.3 CREENCIAS SOBRE LA DIABETES MELLITUS

Las creencias y los hábitos que adopta la civilización han determinado con el paso del tiempo en el sentido empírico la razón por la que se desarrolla una enfermedad en las personas, la cultura es un factor predisponente del cual la sociedad intuye las causas por las cuales puede presentarse en un individuo aparentemente sano la diabetes mellitus ya que lo relacionan a diversas afecciones del entorno de las personas afectando su estilo y calidad de vida.

Muchas veces la sociedad percibe a la diabetes mellitus tipo II como una enfermedad peligrosa que los lleva a un destino inevitable de deterioro orgánico en el que algún día tendrán una o varias de las complicaciones de la diabetes sin poder hacer nada por evitarlas o retardar su aparición.

Las personas diagnosticadas con diabetes lo relacionan a realizar cambios drásticos en su estilo de vida, sin posibilidades de llevar una vida “normal”, donde una alimentación sana y el autocuidado constituye la mayor carga, generándoles estrés al tener la incapacidad de poder satisfacer sus necesidades, la calidad del individuo debe mejorar en base a la adaptación del paciente enfermo al aprender a vivir con su enfermedad y mantenerla bajo control para evitar la aparición de futuras complicaciones, a lo que muchas personas terminan definiéndola como una enfermedad terminal y completamente grave.

Algunos individuos toman en cuenta que los factores de riesgo como la herencia, obesidad y malos hábitos de alimentación son determinados como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes especialmente momentos de pérdida o sensibilidad lo relacionan a uno de los principales factores capaces de desencadenar la enfermedad.

De acuerdo a las creencias de la sociedad el entorno genera una afección importante para el desarrollo de diabetes mellitus tipo II al percibir demasiado estrés causado por diversas situaciones (estrés post traumático, pérdidas, etc.), el individuo se enferma de diabetes mellitus a causa de un fuerte impacto emocional según las

personas, debido a la presencia de individuos que presentaron diabetes mellitus tipo II después de percibir algún hecho de gran importancia que marco su vida.

Los diabéticos ya diagnosticados expresan comer de todo como una falta a la indicación médica, no toman en cuenta el balance del aporte nutricional ni calórico, abocándose solamente a evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples. No consideran al plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. Debido a que este tipo de alimentación la reconocen como extraña se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de éstos.

Las personas con diabetes mellitus tiene la idea de que al ser diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, están destinados a que su dieta se encuentre basada en verduras, relacionan que el tipo de alimentación no permitida se basa en refrescos, azúcar, grasas y harinas no tomando en cuenta la importancia de una alimentación balanceada y la realización de actividad física. En la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo ya que prepararían dos comidas debido a la diferencia en la que cocinarían, la falta de apego al plan de dieta es un factor primordial para mantener bajo control la enfermedad que presentan.

La sociedad no ha desarrollado el hábito de realizar ejercicio como práctica diaria a pesar de estar conscientes de los beneficios de éste o si se lleva a cabo no es con el ritmo, frecuencia y duración recomendada para que sea efectivo teniendo la creencia de que las actividades diarias pueden funcionar como ejercicio eficaz, esto genera dificultades para mantener bajo control el estado patológico del individuo y a que no lo consideran como parte integral del tratamiento. La cultura en la que se desenvuelve la sociedad con el paso del tiempo el conocimiento empírico ha ido pasando de generación en generación con la finalidad de poder comprender el mundo en el que se desarrolla y con esto mismo entender las causas que pueden generar diversas enfermedades, de acuerdo a los autores antes citados deduzco que

la sociedad tiene múltiples creencias sobre las razones por las que se presenta la diabetes mellitus en los individuos y el conocimiento probable de cómo vivir con esta enfermedad.

4.4 INFLUENCIA DE LA SOCIEDAD EN LA DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus representa un verdadero problema de salud pública donde muchas veces la sociedad influye en la toma de decisiones y en el comportamiento de las personas debido a la búsqueda de aceptación a un grupo en particular, el entorno también juega un papel fundamental para que se determine el tipo de conducta y hábitos que la gente adopta de acuerdo a los conocimientos que comparten entre sí con la finalidad de entender el mundo en el que se desenvuelven basándose en la intuición empírica y así brindar solución a los diversos problemas que se enfrentan día con día.

El comportamiento social en las últimas décadas muestra un carácter epidémico vinculado con mayor exposición a factores de riesgo (hábitos nutricionales no saludables, sedentarismo, obesidad) casi siempre relacionados con el estilo de vida de la sociedad contemporánea”.

El estado cultural es un factor importante en la influencia conductual de los individuos debido a que es el entorno de confort en el que se desarrollaron, analizando todo lo que sucede a su alrededor como algo natural con las creencias de que este comportamiento es el adecuado y les brinda un estado de salud y bienestar continúan adoptando hábitos que para la sociedad a la que pertenecen son los adecuados y necesarios para lograr sentirse parte de su grupo en el que se desenvuelven.

Navarro (*Navarro, 2007*) menciona que “El diagnóstico de una enfermedad crónica usualmente tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas”.

Aunque las personas suelen expresar que tienen conocimiento sobre la enfermedad por el reconocimiento de la palabra diabetes como parte de su vocabulario como una enfermedad que dura toda la vida y lo relacionan con los

niveles altos de azúcar en sangre, los individuos muestran que en realidad dominan información muy elemental, aislada, estereotipada, a veces errónea, que tiende a sobredimensionar ciertos aspectos de la enfermedad debido a rumores y conocimientos empíricos que pasan de generación en generación y que difícilmente alcanza para comprender sus causas, manifestaciones y tratamiento real.

Cuando un individuo recibe la noticia de que padece diabetes mellitus se desencadena en ella una serie de reacciones, en ocasiones contradictorias, que varían según la edad, el sexo, las referencias que tenga de la enfermedad, el tipo de diabetes mellitus y la forma de presentación pueden manifestarse en estados emocionales dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y su pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, por lo que dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa al momento de la comunicación del diagnóstico, las representaciones del sujeto y de sus redes de apoyo acerca de su salud, así como la información que manejan sobre la diabetes mellitus, se desarrollará la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico.

Al ser diagnosticado con diabetes mellitus se podría definir como uno de los mayores impactos sobre los procesos de identidad y de vida, pues las personas se sienten emocionalmente que han dejado de ser sanos para convertirse en enfermos ya que sufren de un estrés psicológico importante relacionado con el carácter crónico de la enfermedad a causa de la responsabilidad con el cuidado de su salud en términos de dieta, ejercicios, toma de medicamentos y monitoreo de la glucosa. Al presentarse una complejidad al llevar a cabo diversas tareas relacionadas con su autocuidado el paciente siente un alejamiento importante ante la sociedad al percibirse como alguien diferente y no sentir pertenencia a ningún grupo debido a la dificultad para satisfacer sus necesidades y los cambios dirigidos a su estilo de vida.

Comúnmente las personas no buscan atención médica como un medio de control si no como un lugar para dar solución a las complicaciones que presentan posteriormente ya que no le dieron la suficiente importancia a las revisiones rutinarias que requiere para mantener bajo rangos normales los niveles de glucosa, la sociedad

muchas veces afecta en su toma de decisiones debido a las creencias y hábitos culturales al proponer a los pacientes en un estado patológico el uso de terapias, tratamientos caseros basados en el conocimiento empírico con la finalidad de buscar mejoría en la salud de la persona enferma o la falta de reconocimiento específico hacia los signos y síntomas de alarma en el paciente con diabetes mellitus afectando el bienestar del individuo y aumentando los riesgos de padecer alguna complicación.

De acuerdo a la estructura social que rodea al individuo resultan vital en el proceso mismo de enfermar y en la manera de afrontar la enfermedad: el medio familiar, el trabajo, los roles de género y la sexualidad, entre otros aspectos al emerger desde las narrativas de las personas con diabetes mellitus causa un fuerte impacto en el individuo con estado patológico a causa de la dificultad para adaptarse a los diversos cambios que conlleva su tratamiento donde las respuestas del personal sanitario al brindar información sobre la promoción y prevención a la salud tienden a ser normativas de control social y corporal, desde una visión poco crítica y cargadas de mensajes ideológicos acerca de lo que constituye un estilo de vida saludable con el objetivo de fomentar el autocuidado y mejorar la calidad de vida.

4.5 REMEDIOS CASEROS EN LA DIABETES MELLITUS

Los remedios caseros se han usado en la civilización humana desde hace mucho tiempo con la finalidad de poder solucionar los problemas de salud de las personas de forma natural ya que tienen la creencia que de esta forma el organismo no se afectara con la presentación de reacciones adversas, el aprendizaje que adquirió el ser humano para poder usar diversas plantas, terapias, etc., se han usado bajo la identificación y el criterio de algunos síntomas que refiere el enfermo. Estos conocimientos pasan entre generaciones basándose en el sentido empírico con gran falta de profundidad en la fundamentación científica.

La sociedad relaciona el uso de medicamentos como un gasto económico alto, así como también lo difícil que le resulta al paciente el manejo de la dieta, debido a una asesoría nutricional deficiente y una carencia de apoyo familiar llevan a que

frecuentemente el paciente abandone dicho tratamiento, provocando una descompensación que puede llegar a convertirse en complicaciones de retinopatía, nefropatía y neuropatías entre otras. Estos factores, hacen que el paciente busque alternativas médicas que por un lado le resulten más económicas y de fácil manejo, y por otro, sean parte del conocimiento sociocultural de su entorno.

Según Campos (*Campos, 2001*) menciona que “Los pacientes con diabetes mellitus además del tratamiento oficial, utilizan herbolaria, se automedican, así como también llevan a cabo rituales curativos”.

A pesar de la evidencia científica muchas personas con este padecimiento consideran insuficiente el tratamiento oficial y manifiestan la necesidad de auxiliarse con otros recursos terapéuticos, generalmente de herbolaria.

Miel de mezquite

Son plantas leguminosas y se encuentran en zonas áridas y semiáridas de México, es elaborada por abejas que crean miel exclusivamente con esta planta procedente de las flores del árbol de mezquite. Es una miel de color amarillo muy claro casi blanco y sabor suave y único, tiene propiedades medicinales que benefician la salud y el bienestar humano y se puede utilizar tanto a nivel interno como externo. Se considera que la miel de mezquite tiene propiedades especiales que permiten controlar los niveles de azúcar en las personas ya que contiene Quercitina, un fitoquímico con propiedades antidiabéticas, esta miel contiene propiedades antibacterianas que además refuerzan el sistema inmune, tiene propiedades antimicrobianas y antisépticas que ayudarán a cicatrizar las heridas, disminuye el riesgo de enfermedades crónicas y es un endulzante de absorción más rápida que el azúcar normal.

Canela

De acuerdo a Martínez (*Martínez, 2020*) dice que “A pesar de los numerosos estudios que se han realizado aún no es claro si la canela ayuda a disminuir el azúcar en sangre en las personas con diabetes”.

Es posible que la canela ayude al cuerpo a usar la insulina de manera más eficiente y permita la absorción de glucosa en los músculos. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar si los suplementos de canela podría ayudar a las personas con diabetes y cómo es que funciona.

Melón amargo

Conocido también como pera balsámica o karela. Debido a que los componentes de su extracto presentan una similitud estructural con la insulina animal, también es conocida como insulina vegetal. El mecanismo de acción postulado es mejorar la secreción pancreática de insulina y disminuir la gluconeogénesis hepática, las pruebas realizadas en animales han demostrado eficacia a grandes rasgos mientras que en humanos los estudios han sido en baja calidad por lo que no se conoce aun completamente la función y eficacia que presenta el melón amargo hacia la regulación de los niveles de glucosa.

Bardana

En la medicina antigua china se ha empleado como antiinflamatorio, anticancerígeno, antidiabético, antibacteriano y antiviral ya que presenta en las personas posibles mejorías. La raíz y el tallo son las partes de la planta que presentan el efecto hipoglucemiante. La raíz contiene sitosterol beta D glucopiranosido, que tiene un efecto inhibidor de la actividad de la alfa glucosidasa y de la inulina, la cual ayuda a regular los niveles de glucosa en sangre. La lignina presente en los frutos de bardana ha demostrado efecto antidiabético en estudios con animales pero el conocimiento sobre su efecto es limitado debido a la falta de investigación sobre sus efectos en pacientes diabéticos.

Diente de león

Es una planta que pertenece a la familia de las Asteráceas. Crece en prados de zonas templadas y proporciona vitaminas (tiamina, riboflavina), electrolíticos (potasio, calcio, magnesio, fósforo), hierro y fibra. Se ha empleado tradicionalmente para tratar trastornos gastrointestinales.

Francisco Javier Ferreira Alfaya (*Ferreira, 2015*) dice que “La FDA (Food and Drug Administration) tiene aprobado el uso del extracto del diente de león como aditivo alimentario, más concretamente como preparado para aliñar ensaladas y como sucedáneo de café”.

Los efectos hipoglucémicos del diente de león se ha demostrado en estudios con animales, sin embargo no existen datos disponibles en humanos. El uso de diente de león se considera seguro cuando se recomienda como parte de una dieta natural. Sin embargo, debido a la falta de estudios en humanos, no se debe recomendar como un agente para regular la glucemia en pacientes diabéticos.

Fenogreco

El fenogreco o alholva es una planta muy rica en fibra. Habitualmente se utiliza para controlar la glucemia en países como Arabia y Canadá. El mecanismo de la acción hipoglucemiante es múltiple. Por un lado, se produce un retraso en el vaciado gástrico. Además, se da una disminución en la absorción de carbohidratos y se produce un aumento de sensibilidad a la insulina en los tejidos. Las semillas de fenogreco incrementan la secreción de insulina dependiente de glucosa, los estudios en humanos han demostrado una pequeña eficacia donde la dosificación sobre la disminución de los niveles de glucosa en sangre en pacientes con diabetes mellitus tipo II en una dosis de semillas de 5 a 30 gramos, tres veces al día para lograr controlar los niveles de azúcar en sangre.

Ginseng rojo coreano y americano

De acuerdo a Francisco Javier Ferreira Alfaya (*Ferreira, 2015*) dice que “Diversas especies de ginseng se utilizan de forma habitual en fitoterapia, aunque los más usados son los del género panax”.

La existencia de evidencia es menor con respecto a la eficacia para tomarlo completamente como un tratamiento ante alguna enfermedad. Los efectos hipoglucemiantes que presentan las plantas del género panax se atribuyen principalmente a sus ginsenósidos, aunque otras moléculas presentes, como el peptidoglucano y los glicanos, también contribuyen.

Gymnema

El mecanismo de acción por el que es considerada una planta hipoglucemiante no se conoce con exactitud, sin embargo, algunos mecanismos sugeridos son una mayor secreción de insulina, la regeneración de las células beta pancreáticas y una mejor utilización periférica de la glucosa. Estudios en animales han demostrado que la administración de gymnema reduce los niveles de glucosa en sangre en animales con función pancreática residual, pero no en animales pancreatectomizados. Sin embargo, gymnema ha demostrado eficacia en humanos, a pesar de conocer los efectos positivos de la planta como tratamiento de la diabetes mellitus aún carece de estudios que la acrediten como parte de una terapia completamente alternativa.

Nopal

El contenido de aminoácidos, fibra y niacina permite prevenir que el exceso de azúcar en la sangre se convierta en grasa, y por otro lado, actúa metabolizando los ácidos grasos, reduciendo así el colesterol. Los estudios realizados han demostrado en animales, tanto pancreatectomizados como no pancreatectomizados una reducción en los niveles de glucosa en plasma. En humanos en base a investigaciones se ha determinado que dosis de 100 a 600 mg/día tienen efectos hipoglucemiantes en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Aunque los estudios son escasos, el buen perfil de reacciones que presenta junto a los datos disponibles de eficacia en relación a reducir los niveles de glucosa en sangre, hace que se pueda recomendar con seguridad.

Cebolla

Contiene un compuesto llamado glucoquinina que actúa de manera favorable para reducir el nivel de azúcar en la sangre y estimular el páncreas. Los efectos hipoglucemiantes que presenta se atribuyen a que producen una mayor secreción de insulina pancreática y mejoran el proceso anabólico de almacenaje de glucógeno a partir de glucosa. La cebolla ha demostrado reducir los niveles plasmáticos de glucosa postprandial y en ayunas, tanto en estudios con animales como en humanos.

Dosis de 25, 50, 100, o 200 gramos de extracto de cebolla acuoso (hervida o cruda) han demostrado reducir la glucosa en ayunas de una forma dependiente de dosis en niveles comparables con la tolbutamida. Por otro lado una dieta con 20 gramos (tres veces al día) de cebolla fresca ha demostrado mantener o reducir los niveles de glucosa en sangre en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Stevia

De acuerdo a Albert Molins Renter (*Molins, 2015*) describe que “La Stevia es un sustituto excelente para el azúcar, especialmente para los diabéticos”.

La hoja contiene un compuesto llamado “Glucósido de Steviol”, que no es absorbida ni derribado por el cuerpo, por lo que es expulsado directamente de nuestro sistema. Es especialmente bueno para los diabéticos, ya que estabiliza el nivel de azúcar en la sangre de un paciente mediante el aumento de resistencia a la insulina, inhibe la absorción de glucosa en el cuerpo y mejore la salud del páncreas.

Jengibre

Esta raíz reduce el azúcar en la sangre y como tal, es excelente para la diabetes mellitus tipo II, ya que mejora la sensibilidad a la insulina y la absorción de glucosa a los músculos. Sin embargo, las personas que toman medicamentos (como la metformina e inyecciones de insulina) puede ser contraproducente ya que se ha detectado casos en los que al juntar el jengibre con un medicamento hipoglucemiante se puede tener el riesgo de generar hipoglucemia.

Moringa

Tania Araujo (*Araujo, 2020*) afirma que “Las semillas de esta planta pueden reducir los niveles de azúcar en la sangre ya que el extracto de moringa ayuda a aumentar la producción de insulina y también los niveles de proteína”.

Se contempla que el efecto hipoglucemiante se debe a algunos de los compuestos contenidos en ella como los isotiocianatos. Posee enormes beneficios para la salud, demostrados en su elevado contenido de nutrientes básicos para el organismo y prácticamente ausencia de efectos perjudiciales cuando se consume.

Hasta la actualidad aún no hay en existencia una investigación específica en la que se detalle el trabajo que realiza la moringa ante la diabetes mellitus tipo II y el funcionamiento específico.

Hoja de papaya

Los extractos de hojas de papaya son capaces de causar la reducción de la glucosa, la mezcla de antioxidantes en los extractos de hojas de papaya son útiles para disminuir las complicaciones secundarias de la diabetes, como el hígado graso, el daño renal y el estrés oxidativo, el consumo de hojas de papaya mejoró el proceso de cicatrización de heridas debido a su acción antioxidante antibacteriana.

Hojas de arándano

El consumo de la hoja de arándano y de los mismos arándanos son de gran ayuda para mantener bajo control la diabetes mellitus tipo II ya que disminuye el azúcar en sangre gracias a que mejora la sensibilidad a la insulina, facilitando la metabolización de los carbohidratos, en la actualidad aún carecen de una investigación fundamentada completamente que determine su función en la diabetes.

Hoja de mango

El té de hojas de mango contienen taninos llamados antocianinas, que ayudan a tratar la diabetes, pues ayudan a disminuir el azúcar en la sangre, por ello también se utiliza en el tratamiento de la angiopatía o retinopatía diabética, todo esto es gracias a sus compuestos taraxerol-3beta y acetato de etilo, mismos que actúan con la insulina y estimulan la síntesis de glucógeno, gracias a los taninos, este té también fortalece el sistema inmune, ya que actúan como un fuerte antioxidante que combinado con otros minerales nos protegen de enfermedades, principalmente virales. Por otra parte, esta infusión tiene grandes propiedades depurativas gracias a su ácido tartárico y málico, sustancias que ayudan a eliminar las toxinas del organismo, por lo que es muy usado para disolver los cálculos en los riñones y la vesícula.

Ajo

El doctor en medicina alternativa Jorge Solano (*Solano, 2014*) menciona que “El ajo puede ser un buen complemento en el tratamiento de los pacientes con diabetes y protector cardíaco manteniendo al mantener bajo control la dislipidemia ya que logra disminuir los niveles de glucosa en sangren al aumentar la secreción de insulina y es rico en compuestos de azufre, los mismos que le dan el olor y sabor característico a esta planta. Estos compuestos en el ajo son los responsables de combatir la oxidación e inflamación que ocurre en los vasos sanguíneos.

El doctor en medicina alternativa Jorge Solano (*Solano, 2014*) menciona que “El estudio acerca de la eficacia del ajo como tratamiento terapéutico de la diabetes mellitus tipo II no se encuentra aún especificado ya que las investigaciones que se han realizado son mínimas y muchas veces los resultados han surgido contradictorios”.

Los tratamientos caseros han pasado de generación en generación con la finalidad de mantener la salud en los individuos, de acuerdo a los autores antes citados logro determinar que es de gran importancia el tomar en cuenta que el entendimiento ante el uso de estos remedios es fundamental para poder intervenir en el autocuidado de un individuo con diabetes mellitus ya que muchas veces prefieren el uso de medicina alternativa debido a que tienen la creencia de que al usar medicamentos alópatas intoxican su cuerpo causando gran daño a largo plazo dejando a un lado el beneficio que les brinda.

Muchas veces los pacientes presentan complicaciones debido al mal control de su estado patológico ya que las terapias naturales aun no cuentan con una fundamentación científica al 100% y el manejo de esta es de forma empírica lo que no permite un tratamiento adecuado que logre prevenir la aparición de complicaciones.

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 ¿QUÉ ES LA INVESTIGACIÓN?

En este capítulo se presentan los aspectos metodológicos que son fundamentales para identificar el tipo de investigación que se está realizando, las estrategias usadas para indagar sobre el tema con características cualitativas con la finalidad de entender los factores que inciden en algún fenómeno y como éste perjudica en el desarrollo de un individuo o una población. Por lo que inicio definiendo que es la investigación como parte fundamental para conocer la metodología por la cual será basada la búsqueda de datos que sean importantes para comprender alguna problemática.

Para comenzar la palabra investigar proviene del latín *investigare*, la cual deriva de *vestigium* que significa pos de la huella de, es decir ir en busca de una pista.

Según Ander-Egg (*Egg, 1992*) afirman que “La investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad, una búsqueda de hechos, un camino para conocer la realidad, un procedimiento para conocer verdades parciales o, mejor, para descubrir no falsedades parciales”.

El realizar una investigación es con la finalidad de poder entender el funcionamiento del entorno y como este perjudica sobre nosotros, el saber cómo convivimos con diversos factores que pueden ser beneficiosos o perjudiciales y saber lo que podría llegar a ocurrir si realizamos algunas acciones en un tiempo futuro basándose en la reflexión, mantener un seguimiento y un sistema controlado.

Los conocimientos que se adquieren con base a una investigación son comprobados completamente y presentan una fundamentación dejando a un lado el

racionalismo empírico donde el individuo que investiga adquiere un conocimiento amplio del cual desarrolla un criterio con el que reduce las posibilidades de repetir alguna problemática histórica y entender los aspectos negativos que influyeron en el resultado y así mejorar la calidad de la investigación.

La investigación es esencial para el hombre debido a que permite el entendimiento de distintos fenómenos, la investigación es un compromiso en la que un individuo realiza una búsqueda sobre alguna problemática con la finalidad de entender diversos conflictos que pueden ocurrir o haber sucedido en cualquier momento, el conocimiento científico es el que contiene una fundamentación amplia que describe el fenómeno y brinda el entendimiento de lo ocurrido en la que el investigador adquiere una gratificante recompensa pudiendo ser intrínseca o extrínseca satisfaciendo sus necesidades sobre entender su entorno.

5.1.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de suma importancia para poder entender el mundo siendo de carácter científico con una completa fundamentación y caracterizándose por diversos criterios que son comprobables, los objetivos que se propone una indagación son con la finalidad de lograr una meta esperada y las características de cómo se realizó la exploración permite detectar el tipo de búsqueda que se realizó ya que presentan distintas composiciones.

María Estela Raffino (*Raffino, 2020*) describe que “Los diferentes tipos de investigación pueden involucrar tanto los sentidos y las experiencias humanas, como los saberes teóricos, la lógica, los lenguajes formales y la metodología”.

Existen distintos tipos de investigación ya que presentan un enfoque y propuesta diferente al ser realizados como se muestran a continuación:

Según el objetivo y propósito de esta

- Investigación pura o teórica:

Propone incrementar los conocimientos teóricos disponibles en una materia, sin interesarse demasiado respecto a la utilidad de dichos conocimientos. Por ende,

es de tipo formal y persigue la formulación de leyes y teorías, cuando no de interpretaciones. Un ejemplo de ello es la investigación filosófica, o ciertas ciencias teóricas que no tienen directa aplicación a nuestras vidas por ahora, como la astrofísica.

- Investigación aplicada:

Encontrar estrategias que puedan ser empleadas en el abordaje de un problema específico. La investigación aplicada se nutre de la teoría para generar conocimiento práctico, y su uso es muy común en ramas del conocimiento como la ingeniería o la medicina.

Según el nivel de profundización

- Exploratoria:

Se utiliza cuando el objetivo de hacer una primera aproximación a un asunto desconocido o sobre el que no se ha investigado lo suficiente. Esto permitirá decidir si efectivamente se pueden realizar investigaciones posteriores y con mayor profundidad. Como este método parte del estudio de fenómenos poco estudiados, no se apoya tanto en la teoría, sino en la recolección de datos que permitan detectar patrones para dar explicación a dichos fenómenos.

- Descriptiva:

Como su título lo indica, se encarga de describir las características de la realidad a estudiar con el fin de comprenderla de manera más exacta. En este tipo de investigación, los resultados no tienen una valoración cualitativa, solo se utilizan para entender la naturaleza del fenómeno.

- Explicativa:

Se trata de uno de los tipos de investigación más frecuentes y en los que la ciencia se centra. Es el tipo de investigación que se utiliza con el fin de intentar determinar las causas y consecuencias de un fenómeno concreto, busca no solo el qué sino el porqué de las cosas, y cómo han llegado al estado en cuestión.

Según el tipo de datos empleados

- Cualitativa

Tiene una base lingüístico-semiótica y se aplica en técnicas como el análisis del discurso, entrevistas abiertas y observación participante, para poder aplicar métodos estadísticos que permitan validar sus resultados, las observaciones recogidas se deben valorar de manera numérica. Sin embargo, es una forma de investigación con tendencia a la subjetividad, ya que no todos los datos pueden ser totalmente controlados.

- Cuantitativa

Son aquellas en las que se hace necesario medir, estimar, cotejar magnitudes, y recolectar datos mediante procedimientos técnicos y un lenguaje formal, como el matemático al usar graficas que permitan medir la magnitud del fenómeno estudiado.

- Cualitativa-cuantitativa:

También se conoce como mixta ya que aspira a ser un procedimiento intermedio entre cualitativo y cuantitativo, combinando las aproximaciones de ambos.

Grado de manipulación de las variables

- Experimental:

Aquellas en las que se busca replicar en un ambiente controlado algún tipo de fenómeno que se da en la naturaleza, para poder comprender el modo en que ocurre y los factores que intervienen en él, obteniendo resultados predecibles o medibles.

- No experimental:

A diferencia del método experimental, las variables no son controladas, y el análisis del fenómeno se basa en la observación dentro de su contexto natural.

- Cuasi experimental:

Controla solo algunas variables del fenómeno a estudiar, por ello no llega a ser totalmente experimental.

Según el tipo de inferencia

- Inductivo:

En este tipo de investigación, el conocimiento se genera a partir de lo particular para llegar a una generalización. Se basa en la recolección de datos específicos para poder crear nuevas teorías.

- Deductivo:

En este tipo de investigación, la realidad se explica a partir de leyes generales que apuntan hacia conclusiones particulares. Se espera que las conclusiones formen parte de las premisas del problema, por lo tanto, si las premisas son correctas y el método inductivo es aplicado adecuadamente, la conclusión también será correcta.

- Hipotética – deductiva:

Se basa en la observación de la realidad para crear una hipótesis. Luego, se aplica una deducción para obtener una conclusión y, finalmente se verifica o descarta a través de la experiencia.

Según el tiempo en el que se realiza

- Longitudinal:

Implica el seguimiento de un evento, individuo o grupo durante un período claramente definido. El objetivo es poder observar cambios en las variables analizadas.

- Transversal:

Se aplica para observar los cambios ocurridos en los fenómenos, individuos o grupos durante un momento concreto”.

Los pasos que una investigación sigue para lograr obtener los objetivos propuestos son fundamentales debido a que esto brinda diversas características con las que es posible diferenciar el tipo de indagación que se realiza ya que con base a esto se logra determinar las metas y lo que el investigador espera detectar ante el fenómeno o alguna problemática, el realizar una búsqueda rigurosa brinda la posibilidad de poder entender no solo el entorno si no que se presenta la posibilidad de solucionar diversos problemas ya que el individuo adopta un enfoque crítico al

igual que un amplio conocimiento sobre el acontecimiento que está presentándose y poder aprender la manera en la que se manifiesta.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo II se ha vuelto la segunda causa más importante de muertes en México, generalmente esto se relaciona a un inadecuado manejo sobre la enfermedad debido a que los individuos con esta patología muchas veces la detectan demasiado tarde o no siguen un control adecuado en su hogar y el estilo de vida es ineficaz para mantener bajo control la diabetes.

Se ha determinado que el ser humano es un ente social por naturaleza, siempre busca pertenecer a un grupo con una ideología semejante, esto con la finalidad de poder sentirse aceptado al relacionarse con otras personas, muchas veces la sociedad repercute en la toma de decisiones de los individuos trayendo diversas consecuencias que pueden ser beneficiosas o negativas. Cuando una persona presenta alguna enfermedad al darse a conocer hacia la civilización como un ente con una patología en este caso la diabetes mellitus tipo II, recibe diversos consejos como apoyo, estas lecciones generalmente son provenientes de la vivencia de los demás sujetos con los que se desarrolla, al inculcar sus experiencias y creencias puede generar una problemática ante el cuidado de su salud en un individuo.

Ante esta problemática entre la interacción social y el cuidado de la salud de los individuos me hago el siguiente cuestionamiento:

“¿Cómo afecta la influencia del entorno social en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo II?”

5.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la diabetes mellitus tipo II constituye una de las enfermedades cronicodegenerativas más comunes en México encabezando el segundo lugar en las causas de muerte en el país, es tomada como un problema de salud pública. Muchas

veces las personas con esta patología desconocen el manejo adecuado que deben realizar ya que no presentan un apego completamente al tratamiento y prefieren hacer caso al consejo del uso de remedios naturales por comodidad, economía y facilidad de acceso, repercutiendo en su autocuidado debido al estilo de vida que practican.

La sociedad mexicana se ha caracterizado por ser sedentaria lo que ha generado un incremento significativo en las enfermedades crónicas. El avance de la tecnología ha sido un factor importante, ya que al facilitar la vida ha generado que seamos menos activos, teniendo como una de las consecuencias el desarrollo de la diabetes, dicha tecnología ha inducido en algunas ocasiones la desinformación, a pesar de facilitar la búsqueda de diversos temas, ha provocado que las personas investiguen sobre su enfermedad y desarrollen sus propias conclusiones las cuales a veces son erróneas provocando que se autodiagnostiquen, automediquen y usen tratamientos obtenidos de experiencias de otras personas aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones.

La siguiente investigación está dirigida a hacer conciencia sobre el cuidado correcto que deben realizar las personas con diabetes mellitus tipo II y las razones por las cuales deben apegarse a un tratamiento con la finalidad de prevenir la aparición de complicaciones y darles conocimiento sobre la importancia de manejar una mejor calidad de vida que ayude a su autocuidado y aprendan a vivir con su estado patológico.

5.4 OBJETIVO

Analizar como el entorno social repercute en los cuidados que desempeñan para controlar su enfermedad e Incitar a un manejo terapéutico correcto en personas con diabetes mellitus tipo II en el hogar, interviniendo en el estilo de vida.

5.4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la importancia que le brindan a su autocuidado y el tratamiento que realizan para controlar su estado patológico.
- Evaluar los conocimientos que presentan a cerca de la diabetes mellitus tipo II sobre la historia natural de la enfermedad y la importancia al apego terapéutico.
- Valorar el mejoramiento en el estilo de vida y el control de glucosa en sangre al cumplir con los cambios en la alimentación, actividad física y el uso de la farmacoterapia.

5.5 HIPÓTESIS

Al intervenir en el estilo de vida de los individuos con propuestas sobre la realización de actividad física, buena alimentación, apego a un tratamiento farmacológico y proporcionarles información sobre la diabetes, les permitirá tener un mayor conocimiento de su enfermedad, realizar cambios en su estilo de vida con los que adquirirá un juicio que les permitirá reducir la influencia social sobre su atención a su salud, mejorando su calidad de vida y adquiriendo un autocuidado eficaz.

5.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología de la investigación permite concluir el diseño de la búsqueda de los datos que servirán para definir diversas conclusiones sobre el tema que se maneja, la presente tesis adopta la opción metodológica de carácter cualitativo ya que este tipo de investigación es adecuada para el fenómeno que se está indagando, mediante esta metodología se pretende recabar datos acerca de las experiencias de los individuos observados sobre su autocuidado en cuanto a su estado patológico y las preferencias sobre su tratamiento ante la diabetes mellitus tipo II.

Alberdi (Alberdi,2000) menciona que “La metodología de la investigación es una disciplina que se encarga del estudio crítico de los procedimientos, y medios

aplicados por los seres humanos, que permiten alcanzar y crear el conocimiento en el campo de la investigación científica”

Existen distintos métodos de investigación cualitativa sirven para obtener información sobre las opiniones, creencias y valores de una sociedad en un momento dado sin perseguir criterios de exhaustividad, extensión ni representatividad, esto mas bien se trata de creencias que las personas no manifiestan espontáneamente en cualquier lugar y ante cualquier público, algunas veces se ocultan porque socialmente están mal vista; otras porque se han repetido de tal forma que no se reconocen, pasando a formar parte de lo que se considera natural para ellos, para que el investigador logre obtener resultados la investigación cualitativa se describe en 3 tipos:

- Observación participativa:

Donde el investigador participa del problema o situación a analizar.

- Observación no participativa:

El investigador no participa del problema o situación.

- Investigación etnográfica:

Se utiliza para extraer el máximo de datos, al aplicarse tanto técnicas participativas como tipos de observación en los que el investigador no se involucra”.

La investigación cualitativa es de índole fenomenológico, se basa en una indagación etnográfica tomando en cuenta la participación del investigador y las experiencias que reflejen la realidad vivida por los entrevistados, en este caso los individuos con diabetes mellitus tipo II. La finalidad es comprender la manera en la que la sociedad les afecta en cuanto al apego del tratamiento sobre su autocuidado y las dificultades que les conlleva mantener un control adecuado sobre su estado patológico.

5.6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es fundamental para entender los principios por los cuales se basa el investigador, las actividades que planea, el tiempo en que se

llevara a cabo la búsqueda de datos y los resultados que busca obtener al igual que la forma en la que se realiza la indagación y el acercamiento hacia los individuos que se encuentran bajo su estudio para poder entender el fenómeno y obtener el criterio analítico bajo fundamentación científica y generar una nueva hipótesis.

La sociedad es parte fundamental del desarrollo integral del ser humano debido a que busca ser perteneciente a algún grupo con el que comparte ciertas características, la sociedad muchas veces afecta la toma de decisiones con la finalidad de adoptar una cultura que sea compartida por los integrantes, cuando se encuentra un individuo enfermo de diabetes mellitus tipo II muchas veces esto genera un gran impacto debido a la dificultad para satisfacer sus necesidades por lo que la persona con esta patología siente un ligero rechazo a la sociedad.

En relación al diseño de la investigación se tomaron en cuenta ciertos aspectos de la teoría del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y el cuidado de Jean Watson. Desde este diseño de investigación cualitativa se utiliza un procedimiento sistemático llevándose a cabo mediante la participación de 4 individuos enfermos de diabetes mellitus tipo II siendo estudiados en su domicilio y al conocer sus experiencias poder generar una hipótesis que explique en un nivel conceptual como es que la sociedad afecta en el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II y las creencias, el manejo de su estado patológico y el apego hacia su tratamiento.

Las actividades programadas durante el periodo de la investigación serán realizadas en el hogar de los participantes siendo visitados una vez cada 15 días durante 5 meses con la finalidad de tomar la glicemia capilar durante el periodo de visita, detectar el manejo que tienen sobre su patología, los cuidados que practican y la disponibilidad al mejoramiento del estilo de vida; se planean diversas actividades durante el tiempo de estudio divididas en 10 visitas por participante, entre las que se encuentra la realización las siguientes acciones:

Primer visita:

Presentación con los participantes, obtención del permiso para darles seguimiento durante el periodo de investigación y la obtención de evidencias, se les brindará una breve explicación sobre las actividades programadas y el motivo de la presente indagación.

Segunda visita:

Aplicación del cuestionario para valorar las creencias sobre la diabetes mellitus tipo II y los alimentos que consume comúnmente, así como analizar el apego a su autocuidado y las actividades que realiza para mantener su estado patológico bajo control e identificar si conocen algún tratamiento casero que les ayude a mantenerse estables en sus niveles de glucosa y tomar la glicemia capilar dos veces al día.

Tercera visita:

Toma de glicemia capilar durante la mañana y la noche, analizar los alimentos que consumirá durante el transcurso del día y el tratamiento que maneje para controlar los niveles de glucosa en sangre.

Cuarta visita:

Toma de glicemia capilar rutinaria de control, recomendaciones generales sobre el manejo de la diabetes mellitus tipo II para mejorar la cantidad de conocimiento sobre su enfermedad y brindar la prevención sobre signos y síntomas de alarma de la hipoglucemia e hiperglucemia, valorar los niveles de glucosa al ser controlados con algún tratamiento casero.

Quinta visita:

Toma de glicemia capilar en la mañana y en la noche, sugerir el uso de hipoglucemiantes orales de acuerdo al tratamiento médico e informar la importancia de su uso para prevenir la aparición de posibles complicaciones e identificar el interés que le prestan a su autocuidado.

Sexta visita:

Toma de glicemia capilar dos veces al día, realizar una farmacovigilancia, detectar si cumplen con su tratamiento farmacológico, analizar el tipo de alimentos que consumen y evitar el uso de remedios caseros para así poder analizar la manera en la que reacciona el control de glucosa en sangre en la siguiente visita.

Séptima visita:

Continuar con el control glucémico, analizar el funcionamiento de la terapia farmacológica sobre su control de glucosa en sangre, continuar el uso de hipoglucemiantes orales evitando tratamientos caseros y sugerir el cambio sobre los hábitos alimenticios.

Octava visita:

Toma de glicemia capilar en la mañana y en la noche, fomentar la realización de actividad física 30 minutos tres veces por semana durante 1 mes con base en una propuesta de distintas actividades que se adecuen a su estilo de vida, identificar el mejoramiento en los hábitos alimenticios y el uso de hipoglucemiantes orales, valorar los efectos que presenta sobre los niveles de glucosa en sangre en la próxima visita.

Novena visita:

Toma de glicemia capilar dos veces al día, valorar los efectos de la actividad física y el uso de hipoglucemiantes orales sobre los niveles de glucosa en sangre e identificar si presenta algún cambio sobre su estilo de vida.

Decima visita:

Última toma de glicemia capilar, realizar el segundo cuestionario para identificar las mejorías presentadas en los individuos participantes y analizar si describen algún cambio en su estado fisiológico al haber realizado modificaciones en su estilo de vida y comprenden la importancia sobre el apego a su tratamiento.

5.6.2 TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos es esencial para poder determinar la manera en la que se busca la obtención de experiencias que son descritas por los participantes estudiados durante la investigación y poder obtener resultados enfocados a la necesidad de entender cómo afecta el fenómeno social sobre la diabetes mellitus tipo II.

Para la obtención de datos sobre la relación entre la sociedad y la diabetes mellitus tipo II en el autocuidado de acuerdo a la investigación cualitativa es mediante el uso de 2 cuestionarios no estructurados, uno consistirá de 23 preguntas abiertas sobre los cuidados, estilos de vida, el conocimiento y las preferencias sobre el tratamiento que tienen los individuos estudiados con diabetes mellitus tipo II para poder intervenir en la mejora de su estilo de vida, mientras que el otro cuestionario será de 7 preguntas que se realizarán al finalizar el seguimiento a los participantes para detectar si desarrollaron un conocimiento más amplio sobre la diabetes mellitus tipo II e identifican algún cambio y están dispuestos a mejorar el estilo de vida para llevar un mejor control y cuidado de su enfermedad.

5.6.3 MUESTRA DE LOS INDIVIDUOS BAJO ESTUDIO

La investigación será realizada en el municipio de Ozumba de Alzate localizado en el Estado de México. El municipio cuenta con 27, 207 habitantes dentro de los cuales sus principales actividades económicas y de supervivencia consisten en la crianza de ganado, explotación de la tierra por parte de los campesinos y en su mayoría es el comercio dentro de la localidad y en otros lugares, estas actividades a las que dedican su vida generan una influencia ante el cuidado de su salud debido a la falta de tiempo a pesar de que el pueblo cuenta con servicios semiurbanos, entre ellos, áreas que permiten el esparcimiento para la realización de actividad física y la implementación de comedores comunitarios son muy poco utilizados lo cual permite estudiar la problemática social ante una enfermedad crónica como la diabetes

mellitus tipo II ya que a pesar de la urbanización que presenta aún continua manteniendo la cultura y creencias que lo caracterizan en la región de los volcanes.

Delimitando el espacio de trabajo se trabajara con una pequeña porción de la colonia centro en este municipio en una manzana ubicada entre la calle Juárez, Guerrero, Sor Juana Inés de la Cruz y Pensador Mexicano. Llevandose a cabo mediante el seguimiento en el hogar de 4 individuos adultos de más de 50 años con diabetes mellitus tipo II para poder identificar como les afecta el factor social en relación a su enfermedad y analizar si presentan un autocuidado adecuado o muestran algún interés por mejorar su calidad de vida.

Criterios de inclusión: Adultos mayores de 50 años de edad con diabetes mellitus tipo II y que radiquen en el municipio de Ozumba de Alzate Estado de México.

5.6.4 PERIODO DE ESTUDIO

Durante el periodo de la presente recopilación de información se utilizó un control glicemico en tiempos de ayuno durante las mañanas al realizar las visitas en los domicilios de los participantes, esto para determinar el control de glucosa en sangre y valorar si el manejo y el autocuidado que presentan es el óptimo e identificar si existieron cambios durante la aplicación de diversas actividades planeadas durante la indagación las cuales se realizaron en los siguientes periodos que son mostrados en el presente cronograma por color para cada participante al darles seguimiento en días diferentes:

ACTIVIDADES	AGOSTO								SEPTIEMBRE								OCTUBRE								
	12	13	14	15	27	28	29	30	11	12	13	14	26	27	28	29	11	12	13	14	26	27	28	29	
Presentación con los participantes, obtención del permiso para darles seguimiento durante el periodo de investigación y la obtención de evidencias, se les brindará una breve explicación sobre las actividades programadas y el motivo de la presente indagación.																									
Aplicación del cuestionario para valorar las creencias sobre la diabetes mellitus tipo II y los alimentos que consume comúnmente, así como analizar el apego a su autocuidado y las actividades que realiza para mantener su estado patológico bajo control e identificar si conocen algún tratamiento casero que les ayude a mantenerse estables en sus niveles de glucosa y tomar la glicemia capilar dos veces al día.																									
Toma de glicemia capilar durante la mañana y la noche, analizar los alimentos que consumirá durante el transcurso del día y el tratamiento que maneje para controlar los niveles de glucosa en sangre.																									

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE								DICIEMBRE							
	10	11	12	13	25	26	27	28	10	11	12	13	25	26	27	28
Continuar con el control glicemico, analizar el funcionamiento de la terapia farmacológica sobre su control de glucosa en sangre, continuar el uso de hipoglucemiantes orales evitando tratamientos caseros y sugerir el cambio sobre los hábitos alimenticios.	■	■	■	■												
Toma de glicemia capilar en la mañana y en la noche, fomentar la realización de actividad física 30 minutos 3 veces por semana durante 1 mes con base en una propuesta de distintas actividades que se adecuen a su estilo de vida, identificar el mejoramiento en los hábitos alimenticios y el uso de hipoglucemiantes orales, valorar los efectos que presenta sobre los niveles de glucosa en sangre en la próxima visita.				■	■	■	■									
Toma de glicemia capilar dos veces al día, valorar los efectos de la actividad física y el uso de hipoglucemiantes orales sobre los niveles de glucosa en sangre e identificar si presenta algún cambio sobre su estilo de vida.								■	■	■	■					
Última toma de glicemia capilar, realizar el segundo cuestionario para identificar las mejorías presentadas en los individuos participantes y analizar si describen algún cambio en su estado fisiológico al haber realizado modificaciones en su estilo de vida y comprenden la importancia sobre el apego a su tratamiento.												■	■	■	■	■

La investigación se realizó durante 5 meses con un total de 10 visitas por participante, llevando a cabo las actividades ya mencionadas, fueron puestas en práctica cada 15 días con la finalidad de poder tener un tiempo amplio para valorar la evolución y el apego que tienen los individuos a controlar su glucosa e identificar si presentaron un cambio en su estilo de vida y como este es un factor importante para mantener bajo control los niveles de glucosa en sangre y las características donde el fenómeno social afecta en su estado patológico y si este genera alguna dificultad para su autocuidado. Las visitas fueron realizadas en diferentes días para poder enfocarse de una manera adecuada a cada individuo identificándolos por color: verde - José Luis Cortés Martínez, azul – Alejandro Guillermo Cortés Martínez, naranja – Cecilio Castillo Amaro y amarillo – Álvaro Cortés Martínez.

5.6.5 ANALISIS DE RESULTADOS EN CUESTIONARIOS Y DESCRIPCIÓN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Al aplicar el primer cuestionario pude detectar que los participantes manejan dos tipos de información siendo una de carácter científico y otra de carácter empírico generándoles en ocasiones la confusión sobre la diabetes mellitus, ya que al responder la pregunta sobre que causa el desarrollo de diabetes mellitus tipo II respondieron en su mayoría una mala dieta, herencia, otras enfermedades como la obesidad, la falta de actividad física, estrés y el impacto de un evento importante en su vida (susto, coraje y tristeza), al describir algunas complicaciones de la diabetes en su mayoría conocen el pie diabético (neuropatías), glaucoma, problemas al cicatrizar heridas y daño renal. Al responder las preguntas relacionadas a su cuidado logro determinar de acuerdo a sus experiencias que se encuentran consientes sobre los cuidados básicos que deben llevar y como podrían haber prevenido el desarrollo de esta enfermedad.

Solo algunos individuos conocen el termino de hiperglucemia e hipoglucemia, al detectar esto procedí a explicarles el significado a aquellos que lo desconocían y observe que pueden describir con mayor facilidad los signos de alarma de la hiperglucemia como la astenopia, polidipsia, polifagia, poliuria y astenia, mientras

que a cerca de la hipoglucemia solo pueden detectar la cefalea, ansiedad, mareo y síncope. Los participantes describen que han recibido diversos consejos sobre el cuidado que deben llevar y los tratamientos caseros donde indican que según lo aconsejado por las personas que los rodean determinan que con el tratamiento casero será mucho mejor mantener bajo control la enfermedad y reducirá los daños en el organismo a causa del consumo de fármacos debido a las creencias de que en lugar de ayudar a controlar la diabetes perjudican el cuerpo olvidándose del beneficio, por lo que en las preguntas sobre el conocimiento de algún tratamiento casero y la preferencia entre un tratamiento alópata en relación al casero determinan que si tienen la noción sobre algunos métodos para controlar los niveles de glucosa en sangre como el uso del ajo, cebolla, miel de mezquite, moringa y nopal, indican que es de su preferencia el tratamiento casero debido a los costos, la facilidad de adquisición y fundamentan que al ser naturales no dañan su organismo, a pesar de que llegan a presentar descompensaciones en sus niveles de glucosa en sangre con los tratamientos caseros comentan que esto lo corrigen tomando el fármaco prescrito en su mayoría se encuentra la Metformina y Glimpirida por lo que deduzco que los medicamentos que tienen prescritos para controlar sus niveles de glucosa los toman solo cuando presentan un malestar significativo y no lo consumen como terapia principal para controlar su enfermedad.

Las dietas que consumen los individuos en relación a la que consume su familia de acuerdo a lo expresado por los participantes es completamente la misma haciendo a un lado el hecho de tener que reducir las comidas ricas en grasas y azúcares, describen que normalmente el refresco lo llegan a beber de 2 a 10 veces por mes, la alimentación con carnes rojas es de 5 a 15 veces por mes y en cuanto a la alimentación rica en grasa expresan que mayoritariamente comen tacos y quesadillas en puestos de comida corrida 1 a 6 veces por mes durante las noches. Al responder la pregunta sobre el conocimiento de sus niveles de glucosa que manejan normalmente se detecta que oscilan entre los 130 y 200mg/dl.

Debido a su estado patológico los individuos determinan que esto les ha afectado en su entorno a causa de que muchas veces llegan a presentar malestares durante la realización de sus actividades cotidianas como el trabajo, salir a fiestas,

comer con normalidad todo tipo de alimentos y falta de seguridad al realizar trabajos sin temor de sufrir alguna herida que podría infectarse.

Análisis de actividades

Primera visita:

Durante la primera visita se realizó el primer acercamiento con cada uno de los individuos, se les brindo la información sobre el motivo de la presente investigación y se les pidió el permiso para llevarles un seguimiento sobre su cuidado de su estado patológico, comienzo preguntando algunos datos generales con la finalidad de poder identificar el estilo de vida que llevan donde se detectó que el individuo:

José Luis Cortés Martínez de 54 años de edad de profesión ingeniero civil con actividad laboral desarrollada en periodos diurnos de 12 horas en la Ciudad de México dos días a la semana, presenta antecedentes hereditarios de diabetes mellitus tipo II, fue diagnosticado ya hace 4 años, tiene prescripción médica de Metformina como tratamiento principal para controlar sus niveles de glucosa, ha probado diferentes tratamientos caseros los cuales menciona que le han funcionado, realizaba actividad física que consistía en caminar de 2 a 3 veces a la semana pero debido al cambio rutinario y a la situación actual que estamos viviendo lo ha dejado de hacer, disminuyendo los días de actividad lo que ha causado que presente algunas veces problemas para controlar su glucosa, hasta el momento la enfermedad no ha deteriorado gravemente su estado de salud ya que se encuentra sin ninguna complicación aparentemente.

Alejandro Guillermo Cortés Martínez de 66 años de edad de profesión ingeniero civil con actividad desarrollada en periodo matutino normalmente de 8 horas en días hábiles en la Ciudad de México, presenta antecedentes hereditarios de diabetes mellitus tipo II, diagnosticado hace 4 años y no realiza ningún tipo de actividad física, al dirigirme con su familia mencionan que no acepta completamente su estado de salud, tiene prescripción médica desconociendo el fármaco indicado, ocasionalmente se ha controlado con Metformina cuando presenta malestares ya que opta por tratamientos con suplementos que fueron compartidos por grupos en

redes sociales a las cuales refiere pertenecer, no presenta complicación alguna relacionada a su enfermedad.

Cecilio Castillo Amaro de 56 años de edad de oficio comerciante descansando sólo un día a la semana, presenta antecedentes hereditarios de diabetes mellitus tipo II, realiza actividad física 3 veces a la semana, tiene prescripción médica de control glucémico con glimepirida, refiere que se mantiene bajo control con remedios caseros consumiendo hierbabuena, toronjil y alache, indica que se ha mantenido estable gracias a la práctica de natación y a que maneja una dieta balanceada, siendo apoyado por su familia consumiendo pocos alimentos ricos en grasas, indicando que ha adquirido buenos hábitos alimenticios ya que sólo come carne rojas 5 veces en un mes y refresco solo 1 a 2 veces por mes, describe que solo toma el medicamento cuando presenta algún malestar debido a que piensa que es mucho el daño hacia su organismo al mantener el tratamiento indicado como terapia primordial a lo cual prefiere el uso de remedios naturales, al observarlo no se detecta por el momento complicación alguna relacionada a la diabetes mellitus tipo II.

Álvaro Cortés Martínez de 65 años de edad de oficio comerciante descansando dos días a la semana, dio a conocer que tiene antecedentes hereditarios de diabetes mellitus tipo II, fue diagnosticado hace 14 años, realiza actividad física todos los días saliendo a caminar entre 1 y 2 horas, menciona que tiene como prescripción médica el uso de Metformina a la cual consume ocasionalmente para controlar los niveles de glucosa en sangre, usa tratamientos caseros como el palo santo como terapia primordial para tratar su enfermedad e informa que el tratamiento natural le ha ayudado a controlar la diabetes y las veces que ha presentado malestares relacionados a su enfermedad es debido a momentos de estrés o incluso llega el olvido de consumir su medicamento. Los hábitos alimenticios que maneja no son adecuados para manejar su enfermedad ya que consume la misma comida que el resto de su familia al comer carnes rojas diariamente en un mes, refrescos y bebidas endulzantes de 15 a 20 veces al mes, menciona que el control que lleva a pesar de su estilo de dieta es bueno ya que muy pocas veces ha presentado síntomas de hiperglucemia, aparentemente no presenta complicación alguna relacionada a su estado patológico.

Posteriormente a la primer visita se realizaron valoraciones de la glicemia capilar en los individuos, esto con la finalidad de conocer como controlan sus niveles de glucosa en sangre y que representa mayor beneficio en comparación de un tratamiento casero a un tratamiento farmacológico, durante el cual se irá integrando el cambio en sus hábitos alimenticios, mejoramiento en sus cuidados y la disminución del sedentarismo para identificar si mejoran la atención hacia su autocuidado o continúan con las mismas creencias y no presentan un interés en su calidad de vida.

Segunda visita:

Durante la segunda visita se les proporciono el cuestionario de los cuales posteriormente se realizó el análisis de los resultados ya antes mencionados en donde se detectó el tipo de creencias a cerca de la diabetes mellitus tipo II, el tratamiento que utilizan para controlar su patología, los cuidados que llevan a cabo para reducir la posibilidad de que aparezcan complicaciones debido a su enfermedad y el tipo de dieta que manejan, al valorar los niveles de glucosa se utilizó un glucómetro en cual se logró detectar los siguientes valores por individuo:

José Luis Cortés Martínez: día 148mg/dl - noche 157mg-/dl

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 158mg/dl – noche 162mg/dl

Cecilio Castillo Amaro: día 136mg/d – noche 147mg/dl

Álvaro Cortés Martínez: día 138mg/dl - noche 150mg/

Durante esta inspección no se realizó ninguna intervención importante que aborde la necesidad del uso de los hipoglucemiantes, la realización de actividad física y los hábitos alimenticios, ya que está enfocada mayoritariamente en detectar el tipo de manejo que le dan a su enfermedad y las actividades que realizan para mantener bajo control los niveles de glucosa en sangre por lo cual se opto en permitir el uso del tratamiento casero que utilizan comúnmente y así poder valorar en la siguientes visitas cómo reacciona su organismo con el tratamiento natural y el autocuidado que practican.

Tercera visita:

Durante la tercer visita se continuo sin realizar ninguna intervención ante el manejo de la diabetes para poder valorar y determinar cómo es que controlan su estado patológico y la manera en la que el tratamiento casero logra mantener un control en sus niveles de glucosa, se tomó la glicemia capilar en ayuno por individuo en días diferentes para poder brindarles un seguimiento más estricto con la finalidad de poder detectar el tipo de alimentación que llevan durante el transcurso del día y el tratamiento que empleara para mantener un control de la diabetes, se detectaron los siguientes niveles de glucosa en sangre y el siguiente manejo de los individuos hacia su autocuidado:

José Luis Cortés Martínez: día 143mg/dl - noche 158mg/dl

Al brindarle un seguimiento al participante durante el transcurso del día sobre el tipo de alimentos que consumirá y el tratamiento que utilizará para controlar su nivel de glucosa, logré observar que durante la mañana salió a realizar actividad física durante 1 hora, la dieta que maneja es la misma que el resto de su familia consumiendo 3 comidas al día iniciando su desayuno con un pan de dulce, huevo con frijoles y 1 taza de café sin azúcar, el individuo opto por utilizar el ajo picado incorporado en agua antes de desayunar para controlar el nivel de glucosa evitando la Metformina, durante la comida consumió un plato de carne de puerco en salsa de guajes y frijoles con 4 tortillas y bebió agua de limón azucarada, consumió una bolsa de frituras de 150gramos y durante la cena consumió un pan de dulce y una taza de café sin azúcar. Al finalizar el día refiere sentirse bien y no presentar algún malestar debido al tipo de alimentación que llevó.

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 140mg/dl – noche 210mg/dl

Al observar a la persona participante logré detectar que consume la misma comida que su familia e identifique que no lleva un hábito alimenticio adecuado y no realiza ningún tipo de actividad física, al iniciar su desayuno consume un jugo de perejil, apio, espinaca, manzana y kiwi para controlar los niveles de glucosa, al almorzar consumió un bolillo con frijoles y huevo, un pan de dulce acompañado de una taza de café, su comida consistió en albóndigas de res con frijoles y 3 tortillas acompañado de agua de limón con azúcar, durante su cena consumió un pan de

dulce con una taza de café, refirió que se sintió con astenia a lo que opto por repetir el mismo jugo que tomo en la mañana ya que no presenta el interés por consumir un hipoglusemiente como tratamiento primordial para su enfermedad indicando que no lo hace porque no lo cree tan necesario para manejar la diabetes. De acuerdo a lo analizado logro determinar que el individuo no lleva un control adecuado de su estado patológico debido a que aún no acepta completamente su enfermedad lo que dificulta el hecho de llevar a cabo un autocuidado eficaz para poder prevenir la aparición de complicaciones. Menciona que días anteriores presento inestabilidad en sus niveles de glucosa en sangre durante la noche presentando valores de 210mg/dl por lo que procedió a utilizar un hipoglusemiente oral Metformina para ser controlada.

Cecilio Castillo Amaro: día 138mg/dl – noche 152mg/dl

En el seguimiento que se le realizó durante el día logré observar que la mayoría de veces presta atención en los alimentos que consume y que presenta el apoyo por parte de su familia al lograr adaptarse en manejar una dieta baja en azucares al igual que las bebidas endulzadas comerciales, de las cuales informa que consume muy poco, no realizó ejercicio debido a que lo hace entre semana durante las tardes, su desayuno consistió en un coctel de frutas el cual contenía sandia, manzana, arándano y fresas acompañados de miel de mezquite y una taza de té de hierbabuena, informa que el uso de la miel en su fruta y la hierbabuena son los remedios caseros que utilizará para controlar sus niveles de glucosa en sangre y culminó su almuerzo con la mitad de un pan de dulce. Durante la comida logre notar que hizo uso su familia de aceite vegetal para asar pechugas de pollo acompañadas de lechuga con zanahoria y un plato de frijoles, para la cena consumió dos tlacoyos comprados en un puesto y una taza de café. Al realizar este primer acompañamiento dirigido a este participante analice que en ocasiones no tiene cuidados tan específicos hacia su enfermedad ya que algunas veces consume alimento ricos en azucares y grasas o pasa tiempos prolongados de ayuno, hasta el momento no presenta descompensación alguna debido a que la mayoría de veces trata de llevar una dieta saludable.

Álvaro Cortés Martínez: día 140mg/dl – noche 148mg/dl

Al realizar la visita note en el momento que iba a desayunar asistió a un puesto de tamales y compró tortas acompañadas de un vaso de atole y un pan de dulce, al culminar el desayuno se realizó un té con la cascara del palo santo informando que este método lo hace 2 veces durante el día la primera en las mañanas y la segunda en las noches después de cenar y también procedió a tomar la Metformina indicando que a pesar de manejar un remedio casero también practica un tratamiento farmacológico (esto en ocasiones cuando siente algún malestar como mareo o astenia). Para la comida observé que consumió un plato de sopa y otro de chicharrón en salsa verde y de frijoles acompañados de un jugo comercial, durante mi estancia después de la comida hasta la cena no informó malestar alguno, a la cena consumió un café el cual acompañó de un pan de dulce. Al identificar que el participante practica su terapia farmacológica acompañada de un remedio casero como medida preventiva para evitar presentar molestias a causa de su enfermedad le brinda mayor seguridad para consumir los alimentos y a pesar de haber obtenido resultados de hiperglucemia durante el ayuno al medir la glicemia capilar posiblemente el organismo de esta persona está acostumbrado a estos valores ya que no describió malestar alguno y los hábitos que practica no son adecuados.

Cuarta visita

En la presente visita se realizó la primer intervención con la finalidad de hacerles conciencia sobre su enfermedad, los cuidados que deben practicar al igual que el tipo de alimentación que deben manejar y la importancia de controlarse con la terapia farmacológica debido a que es más efectiva que el tratamiento casero, evitar el sedentarismo también cuenta como un factor importante para controlar la diabetes mellitus al igual que la vigilancia al utilizar su medicamento prescrito. Se les brindó información sobre signos característicos de la hiperglucemia como astenopia, astenia, xerosis, polidipsia, polifagia y poliuria explicándoles la causa y como identificar cada uno de estos, sobre la hipoglucemia se les mencionó la ansiedad, el hambre, mareos y síncope como síntomas primordiales para prevenir esta complicación.

Al realizar la toma de glicemia capilar fue con la finalidad de identificar sus niveles de glucosa en sangre mientras ha sido controlada con los tratamientos caseros de su preferencia ya mencionados con anterioridad. Al tomar la glicemia capilar se detectaron los siguientes valores:

José Luis Cortés Martínez: día 156mg/dl – noche 198mg/dl

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 130mg/dl – noche 143mg/dl

Cecilio Castillo Amaro: día 132mg/dl – noche 169mg/dl

Álvaro Cortés Martínez: día 149mg/dl – noche 163mg/dl

De acuerdo a los resultados obtenidos de la glicemia capilar de los participantes logro detectar que el uso de un remedio casero no controla adecuadamente los niveles de glucosa en sangre debido a que presentan valores altos y el tratamiento natural enmascara las hiperglucemias causando mayores riesgos de presentar complicaciones mientras que los individuos se acostumbraron a esos valores creyendo que están estables. El uso de tratamientos caseros no funciona como una terapia primordial ya que necesita de terapias secundarias como el cambio en los hábitos alimenticios o la realización de actividad física.

Quinta visita:

Como parte primordial de esta investigación se realizó una segunda intervención en la cual se sugirió a los participantes el uso de los hipoglucemiantes que tienen indicados esto posteriormente al darles a conocer lo observado durante su control glicémico en los periodos anteriores con tratamientos caseros. Se les informo la importancia de manejar un control adecuado en sus niveles de glucosa en sangre para reducir el riesgo de la aparición de complicaciones a lo cual recibo una respuesta positiva por parte de los individuos ya que aceptaron el uso del tratamiento farmacológico al cual darán inicio en la siguiente visita mientras tanto continuaran con el tratamiento casero de su preferencia, logre observar que son cooperativos y presentan un interés sobre su autocuidado y están dispuestos a cambiar su estilo de vida, lo cual es fundamental para poder continuar con esta indagación. Se tomó la glicemia capilar en ayuno por cada participante e indicaron el fármaco que tienen prescrito como tratamiento, se obtuvieron los siguientes valores de glicemia capilar:

José Luis Cortés Martínez: día 146mg/dl – noche 133mg/dl

El participante a pesar de presentar estos datos de glucosa informa que se siente bien y no presenta algún malestar, indica que a pesar de sus actividades laborales pocas veces ha presentado descompensaciones debido a que le presta atención a consumir alimentos y trata de evitar tiempos largos de ayuno durante su traslado hasta su trabajo y evadir factores que pudieran generar estrés. Informó que tiene como tratamiento farmacológico la Metformina con la presentación de 850mg con una dosis de una tableta por día y aceptó utilizarla el resto de la investigación como tratamiento principal, esto después de brindarle información sobre la importancia del uso de la terapia farmacológica para controlar sus niveles de glucosa.

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 163mg/dl – noche 138mg/dl

El individuo presentó síntomas de hiperglucemia identificando la polidipsia y astenia por lo que utilizó la Metformina de 850mg para controlar su nivel de glucosa, informa que comúnmente cada vez que presenta algún problema en sus niveles glicemicos hace uso de este fármaco el cual fue otorgado por un conocido del participante que tiene diabetes mellitus tipo II a pesar de haber sido diagnosticado y prescrito por un médico, los momentos que llega a presentar malestares menciona que es debido a no manejar una dieta adecuada, los tiempos prolongados de ayuno a causa de su trabajo ya que necesita trasladarse de un punto a otro siendo aproximadamente 2 a 3 horas en transporte público y muchas veces el estrés por llegar a tiempo no permite que consuma alimentos, la falta de actividad física y entre otros factores son causados debido a que no acepta completamente su patología, describe que se ha informado sobre este medicamento el cual no usa completamente como terapia primordial debido a que sabe que genera daño renal al usarlo en un periodo prolongado, se realizó una persuasión con la finalidad de que aceptara utilizarlo durante resto de la investigación como terapia primordial a la cual accedió.

Cecilio Castillo Amaro: día 169mg/dl – noche 140mg/dl

Informó el participante que tiene indicada la glimepirida de 2mg con una tomando un comprimido al día, manifiesta que la consume sólo cuando se siente mal a lo que le relaciona los largos periodos de ayuno y la actividad que despeña al armar su puesto en el mercado ya que es comerciante, se le dio a conocer la importancia

de utilizar su medicamento prescrito para controlar la diabetes y se le informó en qué consistirían las siguientes visitas y que ahora debería utilizar ese medicamento como terapia primordial aceptando de manera gratificante.

Álvaro Cortés Martínez: día 188mg/dl – noche 147mg/dl

Menciona que tiene como tratamiento farmacológico el uso de Metformina con presentación de 850mg de la cual tiene como dosificación una tableta, a pesar de haber mostrado una hiperglucemia en ayuno el individuo menciona no percibir malestar alguno a procediendo a tomar el medicamento como normalmente lo hace después de beber su té de palo santo mencionando que esta terapia que practica para controlar su nivel de glucosa es eficaz y lo hace de forma constante, también informa que recientemente no ha presentado malestar alguno y cuando presenta alguna descompensación lo relaciona a su actividad laboral ya que es comerciante y algunas veces esto genera que tenga largos periodos de ayuno.

Sexta visita:

Se dio inicio al manejo de la terapia farmacológica en los participantes como terapia primordial para valorar la eficacia sobre el control de glucosa en comparación a los remedios caseros, se les pidió evitar el uso de tratamientos alternativos, los participantes presentan una cooperación primordial con la investigación al igual que muestran un interés significativo sobre el mejoramiento de su autocuidado.

José Luis Cortés Martínez: día 167mg/dl – noche 133mg/dl

El participante presentó datos de hiperglucemia y procedió a consumir su hipoglucemiante indicado, su desayuno consistió en un pan de dulce, un plato de guisado con carne de pollo y una taza de café sin azúcar, en el transcurso de la tarde antes de comer consumió dos dulces, su comida consistió en 2 tacos de arroz con una pata de puerco capeada y agua de naranja con azúcar, al preparar su cena observé que preparo un pan (cocol) con aguacate mayonesa y queso acompañado de una taza de café con leche endulzado con stevia. Al realizar el primer seguimiento analicé que el individuo no presentó ninguna reacción adversa ni efecto secundario relacionado con la toma de su medicamento, informa que en el transcurso del día no tuvo malestar alguno, también menciona que al consumir los alimentos se siente más

seguro ya que de acuerdo a sus creencias el fármaco es mucho más potente para mantener bajo control los niveles de glucosa en sangre por lo que piensa que puede comer cualquier tipo de comida.

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 159mg/dl – noche 133mg/dl

El señor Alejandro dio inicio a su tratamiento farmacológico con Metformina, al realizar una farmacovigilancia no se observó ningún efecto adverso ni secundario, en esta fecha le tocaría asistir a su trabajo pero debido a su estado patológico se encuentra en suspensión de labores a causa de los eventos que se están viviendo actualmente debido a la pandemia, dio inicio a su desayuno el cual consistió en un pan de dulce con té de manzanilla con azúcar, durante el transcurso de la tarde antes de comer consumió un chocolate, su comida fue guisado de carne de puerco, un plato de frijoles con 2 tortillas y refresco, al atardecer decidió ver una película la cual acompañó con palomitas de mantequilla y refresco y a la cena decidió comer un pan de dulce y una taza de café sin azúcar. Al culminar el día observe que a causa del cambio en su tratamiento el participante presento un cambio en su estilo de alimentación por lo que decidí a preguntarle la razón por la cual consumió más alimentos altos en grasa en comparación con las visitas anteriores a lo que menciona que al consumir su medicamento se siente más seguro para consumir cualquier alimento y que esto requiere tener un menos cuidado en su alimentación.

Cecilio Castillo Amaro: día 174mg/dl – noche 146mg/dl

Al realizar la visita con el señor Cecilio pude observar que se prepara para salir a trabajar en su pollería ubicada en el mercado por lo que informó que lleva en ayuno más de 4 horas y al tomar la glicemia capilar presento una descompensación resaltando la polidipsia por lo que inicio su tratamiento farmacológico con Glimepirida y se le brindo la recomendación de consumir sus alimentos con normalidad y evitar el consumo de productos altos en grasas y azucares, el desayuno consistió sólo en la mitad de una pechuga de pollo acompañada de verdura al vapor y arroz, al culminar su visita asistió a realizar su actividad física la cual consiste en la práctica de natación, para su comida realizó un pedazo de bistec asado con aceite de olivo con arroz y frijoles secos, acompañado de agua sabor naranja con azúcar, posteriormente pasadas 12 horas de su toma de medicamento procedí a re valorar

el nivel de glucosa obteniendo 136mg/dl, al cenar solo consumió un paquete de galletas María con café endulzado con stevia.

Álvaro Cortés Martínez: día 167mg/dl – noche 134mg/dl

Al darles inicio a su terapia farmacológica como tratamiento primordial para controlar sus niveles de glucosa en sangre mantuve una farmacovigilancia, esto con la finalidad de descartar efectos adversos y reacciones secundarias ante el uso del medicamento y evitar la aparición de complicaciones ante el riesgo de presentar hipoglucemia. Al iniciar con su desayuno pude notar que realizó una torta de jamón con queso y huevo acompañado de café con azúcar y un pan dulce, al comenzar con su comida observé que comió carne de bistec con papas y espinacas acompañados de 4 tortillas y un refresco, al atardecer salió a caminar 2 horas con la finalidad de conseguir el material que utilizara para su puesto de comida e iniciar su venta, al estar en su puesto note que consumió un taco de carne de res con cilantro, al culminar su venta ceno un pan de dulce y bebió café con azúcar.

Séptima visita:

Al dar inicio con la séptima visita realicé la tercer intervención como parte del mejoramiento sobre el autocuidado de los participantes la cual consistió en explicarles la importancia de realizar un cambio en sus hábitos alimenticios y los beneficios que este le aporta a la terapia farmacológica, opté por brindarles una sugerencia de menús para una semana, también les mostré algunos platillos que podrían prepararse durante su periodos de comida, estos consisten básicamente en alimentos reducidos en grasas y azúcares, aceptando modificar su modo de comer, la manera positiva en la que respondieron los individuos es primordial para la continuación de esta investigación, ya que permitirá valorar como el mejorar la calidad de vida y el no permitir que la sociedad cause un cambio debido a las creencias puede ser beneficioso para controlar los niveles de glucosa en sangre. En esta parte de la investigación las personas que participan continúa siendo tratados con su terapia farmacológica evitando los remedios caseros, al adquirir un cambio en sus hábitos alimenticios y utilizar la farmacoterapia permite analizar cómo se controlan los niveles de glucosa en sangre y posiblemente los individuos sientan un

cambio sobre la diabetes. Al realizar la toma de glicemia capilar se obtuvieron los siguientes valores:

José Luis Cortés Martínez: día 158mg/dl – noche 134mg/dl

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 169mg/dl – noche 146mg/dl

Cecilio Castillo Amaro: día 147mg/dl – noche 129mg/dl

Álvaro Cortés Martínez: día 136mg/dl – noche 127mg/dl

A pesar de haber consumido algunos alimentos ricos en grasas y azúcares en días anteriores a esta visita los individuos no presentaron un incremento tan significativo en los niveles de glucosa en sangre y se mantuvieron sin presentar malestar alguno, esto me permitió observar que al ser controlados con una farmacoterapia los participantes se sienten con mayor seguridad ya que como mencionaban con anterioridad les es más factible consumir cualquier tipo de alimentos, esto se relaciona a que presentan la creencia de que el uso de un medicamento es mucho más eficaz para controlar sus niveles de glucosa en sangre a pesar de que el uso de un fármaco lo relacionan a dañar su organismo, describen que si consumieran víveres altos en grasas, azúcares y utilizaran el tratamiento casero les podría generar una mayor inestabilidad en la diabetes. Al entender el comportamiento de las personas al consumir su medicamento concluyo que no tienen un conocimiento correcto sobre el manejo de su enfermedad al utilizar la farmacoterapia ya que manejan dos tipos de ideas relacionadas a lo empírico y científico, a causa de esto procedí a brindarles una capacitación sobre el uso correcto de su medicamento acompañado de un buen hábito alimenticio.

Octava visita:

Como última intervención realizada para mejorar el autocuidado de los participantes con diabetes mellitus tipo II opté por fomentarlos a realizar actividad física durante 30 minutos tres veces a la semana durante un mes, a causa de los hechos que estamos viviendo debido a la pandemia les brinde distintas propuestas sobre ejercicios que podrían realizar en casa y que se adecuen al espacio, estilo de vida y su capacidad para realizarlos como saltar la cuerda, subir y bajar escaleras,

sentadillas, abdominales, entre otras, respondiendo de forma asertiva en el cumplimiento de estas actividades para mejorar su autocuidado, al evitar el sedentarismo, el apoyo obtenido mediante la adquisición de buenos hábitos alimenticios y la terapia farmacológica representa una mayor eficacia al control de glucosa y prevenir la aparición de complicaciones causadas por un mal manejo de la diabetes mellitus.

La toma de glicemia capilar se realizó durante el ayuno y en la noche después de haber manejado una dieta balanceada la cual realizaran continuamente hasta finalizar la investigación obteniendo los siguientes valores.

José Luis Cortés Martínez: día 148mg/dl - noche 127mg/dl

El señor José procedió a tomar su medicamento, para desayunar se preparó dos rebanadas de pan tostado con queso panela, un huevo cocido en poco aceite acompañado de una taza de té de hoja de limón sin azúcar, para la comida se preparó lechuga rallada, mitad de bistec de pechuga de pollo al vapor y nopales acompañado de dos tortillas y frijoles, bebió agua de limón con azúcar, al atardecer consumió una manzana y a la cena comió solo la mitad de un pan de dulce.

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 138mg/dl – noche 129mg/dl

Menciona que días anteriores asistió a una plaza comercial y consumió un cono de helado de crema pero ha continuado manejando una dieta sin azúcares y grasas y que ha notado una mejoría en su estado fisiológico ya que se ha sentido con mayor energía, dio inicio a su farmacoterapia, al desayunar observé que consistió en un plato con fruta picada notando que contenía papaya, manzana, almendra y uvas, café sin azúcar y 4 galletas María, durante la tarde menciona que no se sentía completamente satisfecho a lo que procedió a ingerir un durazno, al llegar su hora de comer preparó espagueti cocido con jitomate, pechuga de pollo con ensalada de lechuga, jitomate y aguacate acompañó con tres tortillas y agua simple, en su cena preparó un bolillo sin migajón con jamón y una rebanada de queso panela sin mayonesa con una taza de té.

Cecilio Castillo Amaro: día 149mg/d – noche 135mg/dl

Inició su día consumiendo la glimepirida, menciona que no le ha costado completamente trabajo el cambiar sus hábitos alimenticios ya que él manejaba una alimentación parcialmente sana ya que su familia lo apoya y no comen continuamente alimentos que le pueden generar problemas en sus niveles de glucosa, el desayuno consistió en naranja, mandarina con manzana y melón con yogurt natural y café sin azúcar, durante la tarde consumió galletas simples, al comer note que su familia preparó milanesas de pollo asada en aceite de olivo, verdura picada la cual contenía papa, zanahoria y chicharos con espagueti, acompañó con 1 tortilla, al cenar optó por ingerir un pan de dulce con una taza de té endulzado con miel de abeja.

Álvaro Cortés Martínez: día 142mg/dl - noche 129mg/dl

Al realizar la visita y preguntar cómo se ha sentido en días anteriores informa que consumió un refresco un día anterior pero ha continuado manejando una alimentación adecuada, al tomar su glicemia capilar presentó hiperglucemia mencionando que se sentía con polidipsia, se continuó la terapia farmacológica posteriormente y al iniciar su desayuno consumió dos sándwiches con jamón, queso y aguacate sin mayonesa con un vaso de agua de Jamaica con azúcar, durante el transcurso de la tarde ingirió un plato pequeño de papaya, al comer realizó nopales, un bistec de res asado con zanahoria rallada y frijoles culminó con un yogurt natural de 125g, al cenar comió un pan de dulce con una taza de café sin azúcar. Menciona que el hecho de comer un yogurt y la fruta durante la tarde es debido a que no se llena y siente necesidad de probar algo dulce o con grasa.

Los individuos informaron que al tratar de llevar un buen hábito de alimentación es sumamente difícil debido a que tenían la costumbre de consumir cualquier tipo de alimentos por lo que adoptar una alimentación libre de grasas fue un poco complicado para ellos a causa de que sentían la necesidad de consumir algo dulce o con grasa sustituyéndolo por alguna fruta, de igual manera mencionan que sólo se han sentido satisfechos en el momento posterior a comer pero con el paso de algunas horas sienten hambre.

Novena visita:

Los participantes continuaron realizando actividad física durante las fechas anteriores, mencionan que se sienten con mayor energía y se vuelven más ágiles para realizar diversas actividades, al combinar una buena alimentación en conjunto de un ejercicios fue posible analizar que los individuos presentaron un cambio físico ya que se logra notar una mayor resistencia al ejercitarse y presentaron un cambio en el rostro al observarse más delgado, al tomar su glicemia capilar noto un cambio en sus niveles de glucosa en sangre, observándose con mayor estabilidad debido a que se encuentran en rangos más saludables, esto en comparación con los valores obtenidos durante el periodo que mantenían su control de glicemia con remedios caseros obteniéndose los siguientes valores al continuar con su terapia farmacológica:

José Luis Cortés Martínez: día 128mg/dl – noche 134mg/dl

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 119mg/dl – noche 146mg/dl

Cecilio Castillo Amaro: día 127mg/dl – noche 159mg/dl

Álvaro Cortés Martínez: día 116mg/dl – noche 140mg/dl

Al realizar esta visita les pregunte a cada uno de los participantes si llevan un control adecuado en su alimentación, respondieron que sí y que evitan tener periodos de ayuno prolongados y redujeron la ingesta de comidas altas en grasa y azúcar, también mencionan que ya no han sentido constantemente la necesidad de ingerir algún alimento chatarra informando que se han adaptado a esta nueva costumbre sobre su alimentación, esto es algo positivo, ya que ayudan a prevenir la aparición de alguna descompensación, esto me permite identificar que han adquirido un estilo de vida diferente en el cual ya les preocupa su autocuidado hacia su salud y se han adaptado a una costumbre diferente a pesar de que continúan con la creencia de que el medicamento al usarlo a largo plazo puede dañar su organismo.

Decima visita:

Como última actividad durante esta investigación se les pidió a los participantes que respondieran un segundo cuestionario, esto con la finalidad de conocer si identifican algún cambio en su estado de salud o se sienten diferentes y saber su decisión sobre la continuidad de su tratamiento con la terapia farmacológica

o desean seguir utilizando remedios caseros debido a las creencias sociales sobre el daño que causa el medicamento al organismo y determinar si presentan mejoría alguna en su calidad de vida. Al tomar la glicemia capilar por última vez se obtuvieron los siguientes datos:

José Luis Cortés Martínez: día 132mg/dl – noche 149mg/dl

Alejandro Guillermo Cortés Martínez: día 126mg/dl – noche 146mg/dl

Cecilio Castillo Amaro: día 139mg/dl – noche 162mg/dl

Álvaro Cortés Martínez: día 126mg/dl – noche 145mg/dl

Los participantes concluyeron que la diabetes es una enfermedad con la que debes aprender a vivir y no temerle dejando a un lado la creencia de que es un problema fatal para la salud del cual no existe salida y sólo lleva a la muerte, al responder la primer pregunta sobre si notaron alguna diferencia al cambiar el tratamiento casero por uno alópata indican que si lograron captar que sus niveles de glucosa en sangre se encontraban en menor rango en comparación con el remedio casero y que algunas veces al manejar su tratamiento casero sentían con cansancio o mareos síntomas a los cuales mencionan haberse acostumbrado, mientras que describen que al utilizar el medicamento que se les prescribió dejaron de percibir estos malestares.

Al adoptar un nuevo estilo de vida realizando cambios en su alimentación, realizar actividad física informan que percibieron una mejoría en su actitud durante el día ya que muchas veces al tener malos hábitos al comer y no realizar ningún tipo de ejercicios se sentían cansados y algunas veces con estrés e irritables, describen que al haber aceptado ser parte de esta investigación recibieron poco apoyo por parte de su familia ya que no se sentían cómodos al saber que posiblemente tenían que adaptarse al estilo de vida de su familiar enfermo para que pudiera generar cambios en sus hábitos.

Al contestar la pregunta sobre su tratamiento casero en comparación con la terapia farmacológica determinaron aún preferir el remedio casero a causa de que continúan con la creencia del daño que genera en el organismo el medicamento es mayor, en comparación con el beneficio que le brinda a su enfermedad, siendo solo

tres participantes los que determinaron continuar con ambos tratamientos mientras que sólo uno decidió continuar con el remedio casero a pesar de que se conoce enfermo continúa sin aceptar completamente su patología. La reflexión que mencionan los individuos es relacionada a que es importante cuidarse, determinaron que es importante continuar con un buen hábito alimenticio acompañado de la actividad física a pesar de manejar un tratamiento casero, mencionan que durante el transcurso de esta investigación los cambios realizados en su estilo de vida se han hecho un hábito, por lo que informan que continuarán realizando actividad física y mantendrán un estilo de comida más controlado, ya que no quieren llegar a tener alguna complicación futura y prefieren continuar cuidando su salud, mejorando así su autocuidado.

5.6.6 MUESTRA DEL CUESTIONARIO SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Un cuestionario es una herramienta fundamental para la obtención de datos, en la presente investigación se dará uso de el siguiente cuestionario con 17 preguntas abiertas con la finalidad de identificar las experiencias de los individuos participantes sobre el fenómeno estudiado, al finalizar la indagación se realizara un segundo cuestionario de 8 preguntas para poder generar diferentes conclusiones mediante el análisis de los resultados obtenidos al finalizar el periodo de la búsqueda.

Cuestionario 1

**ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES
MELLITUS TIPO II**

Nombre: _____ Día__ Mes__ Año 2020

1.- Describa con sus palabras ¿Qué es la diabetes mellitus tipo II?

2.- ¿Para usted qué puede causar el desarrollo de diabetes mellitus tipo II?

3.- ¿Sabe qué complicaciones puede presentar si no lleva un control de glucosa adecuado?

4.- ¿Cómo puede prevenir el desarrollo diabetes mellitus tipo II?

5.- ¿Qué tratamiento utiliza para controlar los niveles de glucosa en sangre?

6.- ¿Sabe qué es la hiperglucemia?

7.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hiperglucemia?

8.- ¿Sabe qué es la hipoglucemia?

9.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hipoglucemia?

10.- ¿Conoce algún tratamiento casero para controlar la glucosa?

11.- ¿Qué consejos ha recibido de su entorno social al conocerse enfermo de diabetes mellitus tipo II en cuanto a su tratamiento y los cuidados que debe llevar?

12.- ¿Considera que los tratamientos caseros son mejores que los tratamientos alópatas? ¿Por qué?

13.- ¿Tiene prescrito algún medicamento para controlar la glucosa? ¿Cuál?

14.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para poder controlar su enfermedad?

15.- ¿Sabe que parámetros de glucosa debe manejar? ¿Cuáles?

16.- ¿Con que frecuencia consume alimentos ricos en grasas? ¿Cuáles?

17.- ¿Cuánto tiempo le dedica a la realización de actividad física?

18.- ¿Considera que su estilo de vida es adecuado? ¿Por qué?

19.- ¿Ha presentado algún problema a consecuencia su enfermedad que afecte el entorno en el que se desarrolla?

20.- ¿El tipo de alimentación que practica es el mismo de su familia? ¿Normalmente en qué consiste?

21.- ¿Con que frecuencia consume carnes rojas?

22.- ¿Con que frecuencia consume refresco o bebidas endulzantes?

23.- Cuando tiene malestar a consecuencia de su enfermedad ¿Qué hace?

Cuestionario 2

**ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES
MELLITUS TIPO II**

Nombre: _____ Día__ Mes__ Año 2020

1.- ¿Notó alguna diferencia en su estado al cambiar el tratamiento casero por el tratamiento alópata?

2.- ¿Identifico alguna mejoría al cambiar los hábitos alimenticios?

3.- ¿Cómo se sintió al realizar actividad física?

4.- Al cambiar sus hábitos ¿Recibió el apoyo de su familia?

5.- ¿Cómo se siente en este momento al realizar cambios en su estilo de vida?

6.- Entre el tratamiento casero y el alópata ¿Cual es de su preferencia?

7.- ¿Qué reflexión hace al haber cambiado su calidad de vida?

CAPÍTULO VI INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

6.1 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A JOSÉ LUIS CORTÉS MARTÍNEZ

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud		CLASE: 2 Gestión de la salud		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00074 Incumplimiento	1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	162304 Toma la medicación en los intervalos prescritos 162313 Controla los efectos secundarios de la medicación 162305 Toma la dosis correcta	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Creencias de salud incongruentes con el plan	1619 Autocontrol: Diabetes	161901 Acepta el diagnóstico 161902 Busca medidas para prevenir complicaciones. 161909 Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 161911 Controla la glucemia 161912 Trata los síntomas de hiperglucemia 161913 Trata los síntomas de hipoglucemia	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Conducta de no adherencia al tratamiento				

INTERVENCIONES (NIC): 5480	INTERVENCIONES (NIC): 5618	INTERVENCIONES (NIC): 7350
<p>Clarificación de valores</p> <p>A animar a tomar en cuenta las preocupaciones.</p> <p>Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación.</p> <p>Evaluar la efectividad del plan con el paciente.</p>	<p>Enseñanza: Procedimiento/tratamiento</p> <p>Informar al paciente sobre la duración del procedimiento/tratamiento.</p> <p>Determinar las experiencias del paciente y el nivel del conocimiento relacionados con el procedimiento/tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente como participar durante el procedimiento/tratamiento.</p> <p>Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente.</p> <p>Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes</p>	<p>Intermediación cultural</p> <p>Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tiene el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.</p> <p>Identificar con el paciente las prácticas culturales que pueden afectar la salud facilitando que el paciente pueda elegir de manera informada.</p> <p>Utilizar un lenguaje sencillo.</p> <p>Incluir a la familia cuando corresponda en el plan de tratamiento.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1		CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud		
Promoción de la salud				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00168 Estilo de vida sedentario	1633 Participación en el ejercicio	163301 Planifica el ejercicio adecuado con el apoyo del personal sanitario. 163307 Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio 163309 Realiza ejercicio correctamente. 163325 Planifica la alternación del programa de ejercicios	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Entrenamiento insuficiente para realizar ejercicio físico	2004 Forma física	200404 Participación en actividades físicas. 200405 Ejercicio habitual	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.				

INTERVENCIONES (NIC): 4470	INTERVENCIONES (NIC): 4480	INTERVENCIONES (NIC): 0200
Ayuda en la modificación de sí mismo Explicar la importancia de la realización de actividad Crear un ambiente de seguridad Asegurarse de que se ha obtenido el conocimiento que se busca brindar Identificar si el comportamiento permite realizar los cambios en su estilo de vida	Facilitar la autorresponsabilidad Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de su salud actual Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de su salud. Animar al paciente a que asuma una responsabilidad sobre su autocuidado. Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente	Fomento del ejercicio Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. Investigar experiencias deportivas anteriores. Determinar la motivación del individuo para empezar a realizar ejercicio. Ayudar al individuo a crear una rutina de ejercicios. Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifican el cese o alteración del programa de ejercicio. Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios Instruir al individuo acerca de los ejercicios que realizará.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 2	CLASE: 1			
Nutrición	Ingestión			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00163 Disposición para mejorar la nutrición	1854 Conocimiento: dieta saludable	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso. 185420 Importancia de tomar el desayuno.	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):	1855 Conocimiento: estilo de vida saludable	185504 Estrategias para mantener una dieta saludable 185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol 185516 Beneficio del ejercicio regular 185517 Importancia de estar físicamente activo	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Expresa deseo de mejorar la nutrición				

INTERVENCIONES (NIC): 5246	INTERVENCIONES (NIC): 1100	INTERVENCIONES (NIC): 1160
Asesoramiento nutricional Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. Proporcionar información si es necesario acerca de la necesidad de modificación en sus hábitos alimentarios. Ayuda al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. Evaluar el progreso al realizar el cambio en su estilo de vida.	Manejo de la nutrición Determinar las preferencias alimentarias del paciente. Instruir al paciente sobre la importancia de consumir una dieta saludable. Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables.	Monitorización nutricional Monitorizar la ingesta calórica y dietética. Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual. Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 2 <i>Nutrición</i>	CLASE: 4 <i>Metabolismo</i>			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00174 Riesgo del nivel de glucemia inestable	1621 Conducta de adhesión; dieta saludable	162102 Equilibra la ingesta y las necesidades caloricas. 162104 Prepara los alimentos siguiendo las recomendaciones dietéticas de grasas, sodio e hidratos de carbono. 162114 Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calorico	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): No adherencia al plan de gestión de la diabetes	1854 Conocimiento; dieta saludable	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso 185420 Importancia de tomar el desayuno.	1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):				

INTERVENCIONES (NIC): 2130	INTERVENCIONES (NIC): 2120	INTERVENCIONES (NIC): 5614
<p><i>Manejo de la hipoglucemia</i></p> <p>Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.</p> <p>Proporcionar información sobre el autocontrol de la hipoglucemia.</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.</p> <p>Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.</p> <p>Fomentar el autocontrol de la glucemia.</p>	<p><i>Manejo de la hiperglucemia</i></p> <p>Vigilar la glucemia.</p> <p>Identificar los signos y síntomas de la hiperglucemia.</p> <p>Identificar la causa de la hiperglucemia.</p> <p>Fomentar el autocontrol de la glucemia.</p> <p>Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.</p> <p>Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.</p>	<p><i>Enseñanza de dieta prescrita</i></p> <p>Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente.</p> <p>Identificar los hábitos alimenticios del paciente.</p> <p>Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar a la voluntad del paciente a seguir la dieta prescrita.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 11		CLASE: 2		
Seguridad/protocolo: Lesión Física		DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		
ETIQUETA (PROBLEMA) (P):	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Riesgo de lesión	1101 Integridad tisular de piel y membranas mucosas	110102 Sensibilidad. 110103 Elasticidad. 110104 Hidratación. 110111 Perforación tisular. 110123 Necrosis.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):	1902 Control del riesgo	190219 Búsqueda información actual sobre riesgos para la salud. 190220 Identifica factores de riesgo. 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta. 190202 Controla los factores de riesgo ambientales. 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):				

INTERVENCIONES (NIC): 5603	INTERVENCIONES (NIC): 6650	INTERVENCIONES (NIC): 3540
Enseñanza: cuidados de los pies	Vigilancia	Vigilancia de la piel
Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.	Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.	Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.	Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.	Instruir a la familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.
Recomendar revisiones y extracción de uñas por un podólogo.	Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.	Observar el color, calor, textura y si presenta alguna herida en las extremidades.
Ayudar a desarrollar un plan de valoración y el cuidado diario de los pies en casa.	Implicar a la familia y el paciente en las actividades de monitorización.	Enseñar a recultar una hidratación correcta a la piel.
Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos específicamente entre los dedos.	Vigilar patrones conductuales.	
Enseñar a hidratar diariamente la piel.		

6.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A ALEJANDRO GUILLERMO CORTÉS MARTÍNEZ

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud	CLASE: 2 Gestión de la salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.	1309 Resiliencia personal	130901 Verbaliza una actitud positiva 130903 Expresa sus emociones 130928 Participa en el trabajo	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Factores estresantes	2013 Equilibrio en el estilo de vida	201301 Reconoce la necesidad de actividades de la vida equilibrada. 201303 Considera las necesidades y valores personales al elegir actividades de la vida. 201305 Identifica las principales fuentes de estrés	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Minimiza el cambio experimentado en el estado de salud				Mantener a: 4 Aumentar a: 5

INTERVENCIONES (NIC): 5510	INTERVENCIONES (NIC): 5395	INTERVENCIONES (NIC): 4360
Educación para la salud	Mejora de la autoconfianza	Modificación de la conducta
Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.	Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.	Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal.	Explorar la percepción del individuo del beneficio al ejecutar la conducta deseada.	Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos.	Proporcionar información sobre la conducta deseada.	Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
	Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.	Utilizar períodos de tiempo específico para identificar el cambio conductual en los hábitos.
	Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés		CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00072 Negación Ineficaz	1300 Aceptación: estado de salud	130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud. 130010 Afrontamiento de la situación de salud. 130014 Realiza tareas de autocuidado.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Amenaza de una realidad desagradable	1601 Conducta de cumplimiento	160104 Acepta el diagnóstico 160114 Busca información acreditada sobre el diagnóstico 160115 Busca información sobre el tratamiento	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Desplaza el origen de los síntomas No acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida Usa tratamientos no prescritos por el personal de salud				

INTERVENCIONES (NIC): 5240	INTERVENCIONES (NIC): 5250	INTERVENCIONES (NIC): 5602
<p>Aseoramiento</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Mostrar empatía, calidez y sinceridad.</p> <p>Establecer metas.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseados.</p>	<p>Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.</p> <p>Facilitar la toma de decisiones.</p> <p>Proporcionar la información solicitada por el paciente.</p>	<p>Enseñanza: Proceso de enfermedad</p> <p>Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.</p> <p>Identificar cambios en el estado físico del paciente.</p> <p>Proporcionar información al paciente o la familia sobre los avances que presente.</p> <p>Comentar los cambios del estilo de vida que sean necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar la enfermedad.</p> <p>Comentar la importancia del apego al tratamiento</p> <p>Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud		CLASE: 2 Gestión de la salud		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 06074 Incumplimiento	1623 Conducta de cumplimiento: Medicación prescrita	162304 Toma la medicación en los intervalos prescritos. 162313 Controla los efectos secundarios de la medicación. 162305 Toma la dosis correcta.	1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado.	Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Creencias de salud incongruentes con el plan	1619 Autocontrol: Diabetes	161901 Acepta el diagnóstico. 161902 Busca métodos para prevenir complicaciones. 161904 Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito. 161911 Controla la glucemia. 161912 Trata los síntomas de hiperglucemia. 161913 Trata los síntomas de hipoglucemia.	1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado.	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Conducta de no adherencia al tratamiento				

INTERVENCIONES (NIC): 5480	INTERVENCIONES (NIC): 5618	INTERVENCIONES (NIC): 7330
Clarificación de valores Animar a tener en cuenta las preocupaciones. Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación. Evaluar la efectividad del plan con el paciente.	Enseñanza; Procedimiento/tratamiento Informar al paciente sobre la duración del procedimiento/tratamiento. Determinar las experiencias del paciente y el nivel del conocimiento relacionados con el procedimiento/tratamiento. Enseñar al paciente como participar durante el procedimiento/tratamiento. Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	Intermediación cultural Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tiene el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. Identificar con el paciente las prácticas culturales que pueden afectar la salud, facilitando que el paciente pueda elegir de manera informada. Utilizar un lenguaje sencillo. Incluir a la familia cuando corresponda en el plan de tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO: 1 <i>Promoción de la Salud de conciencia de la salud</i>		CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00168 <i>Estilo de vida sedentario</i>	1633 Participación en el ejercicio	163301 Planifica el ejercicio adecuado con apoyo del personal sanitario 163307 Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio. 163309 Realiza ejercicio correctamente. 163325 Planifica la alternación del programa de ejercicios.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 1 Aumentar a: 5	
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): <i>Interés insuficiente en la actividad física. Motivación insuficiente para realizar actividad física.</i>				Mantener a: 1 Aumentar a: 5	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): <i>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.</i>	2004 Forma Física	200404 Participación en actividades físicas 200405 Ejercicio habitual	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5	

INTERVENCIONES (NIC):	INTERVENCIONES (NIC):	INTERVENCIONES (NIC):
4470 Ayuda en la modificación de sí mismo Explicar la importancia de la realización de actividad. Crear un ambiente de seguridad. Asegurarse de que se ha obtenido el conocimiento que se busca brindar. Identificar si el comportamiento permite realizar los cambios en su estilo de vida.	4480 Facilitar la autorresponsabilidad Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de su salud actual. Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. Animar al paciente a que asuma una responsabilidad sobre su autocuidado. Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.	0200 Fomento del ejercicio Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. Investigar experiencias deportivas anteriores. Determinar la motivación del individuo para empezar a realizar ejercicio. Ayudar al individuo a crear una rutina de ejercicios. Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicio. Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios. Instruir al individuo acerca de los ejercicios que realizará.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: 1 Ingestión		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00163 Disposición para mejorar la nutrición	1854 Conocimiento: dieta saludable	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso 185420 Importancia de tomar el desayuno	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):	1855 Conocimiento estilo de vida saludable	185504 Estrategias para mantener una dieta saludable 185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol 185516 Beneficio del ejercicio regular 185517 Importancia de estar físicamente activo.	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 3 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Expresa deseo de mejorar la nutrición				Mantener a: 2 Aumentar a: 5

INTERVENCIONES (NIC): 5246	INTERVENCIONES (NIC): 1100	INTERVENCIONES (NIC): 1160
<p><u>Aseoramiento nutricional</u></p> <p>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</p> <p>Establecer metas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Proporcionar información si es necesario, acerca de la necesidad de modificación en sus hábitos alimentarios.</p> <p>Ayuda al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas</p> <p>Evaluar el progreso al realizar el cambio en su estilo de comer.</p>	<p><u>Manejo de la nutrición</u></p> <p>Determinar las preferencias alimentarias del paciente.</p> <p>Instruir al paciente sobre la importancia de consumir una dieta saludable.</p> <p>Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables.</p>	<p><u>Monitorización nutricional</u></p> <p>Monitorizar la ingesta calórica y dietética.</p> <p>Identificar los cambios recientes de apetito y actividad.</p> <p>Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.</p> <p>Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO: 2		CLASE: 4			
Nutrición		Metabolismo			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00174 Riesgo de nivel de glucemia inestable		Conducta de adherión: dieta saludable 1654 Conocimiento: dieta saludable	162102 Equilibra la ingesta y las necesidades caloricas	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): No adherencia al plan de gestión de la diabetes.			162109 Prepara los alimentos siguiendo las recomendaciones dieteticas de grasas, sodio e hidratos de carbono. 162114 Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calorico.		Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):			185403 Relacion entre dieta, ejercicio y peso 185420 Importancia de tomar el desayuno.	1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5

INTERVENCIONES (NIC): 2130	INTERVENCIONES (NIC): 2120	INTERVENCIONES (NIC): 5614
<p>Manejo de la hipoglucemia</p> <p>Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.</p> <p>Proporcionar información sobre el autocontrol de la hipoglucemia.</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.</p> <p>Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.</p> <p>Fomentar el autocontrol de la glucemia.</p>	<p>Manejo de la hiperglucemia</p> <p>Vigilar la glucemia.</p> <p>Identificar los signos y síntomas de la hiperglucemia.</p> <p>Identificar la causa de la hiperglucemia.</p> <p>Fomentar el autocontrol de la glucemia.</p> <p>Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.</p> <p>Facilitar el seguimiento del regimen de dieta y ejercicio.</p>	<p>Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente.</p> <p>Identificar los hábitos alimenticios del paciente.</p> <p>Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que pueden afectar a la voluntad del paciente a seguir la dieta prescrita.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA								
DOMINIO: 11		CLASE: 2						
Seguridad/prevención		Lesión Física						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00035		1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110102 Sensibilidad. 110103 Elasticidad. 110104 Hidratación. 110111 Perforación tisular. 110123 Necrosis. 110113 Integridad de la piel.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5			
Riesgo de lesión					1902 Control del riesgo	190219 Búsqueda información actual sobre riesgos para la salud. 190220 Identificar factores de riesgo. 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta. 190202 Controla los factores de riesgo ambientales. 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Alteración sensorial								CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):

INTERVENCIONES (NIC): 5603	INTERVENCIONES (NIC): 6650	INTERVENCIONES (NIC): 3590
<p>Enseñanza: Cuidados de los pies</p> <p>Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.</p> <p>Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.</p> <p>Recomendar revisiones y extracción de uñas por un podólogo.</p> <p>Ayudar a desarrollar un plan de valoración y el cuidado diario de los pies en casa.</p> <p>Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos específicamente entre los dedos.</p> <p>Enseñar a hidratar diariamente la piel.</p>	<p>Vigilancia</p> <p>Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.</p> <p>Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.</p> <p>Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.</p> <p>Implicar a la familia y el paciente en las actividades de monitorización.</p> <p>Vigilar los patrones conductuales.</p>	<p>Vigilancia de la piel</p> <p>Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p> <p>Instruir a la familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.</p> <p>Observar el color, calor, textura y si presenta alguna herida en las extremidades.</p> <p>Enseñar a realizar una hidratación correcta a la piel.</p>

6.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A CECILIO CASTILLO AMARO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO: 1 <i>Promoción de la salud de la salud</i>	CLASE: 1.Toma de conciencia de la salud				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00166 <i>Estilo de vida sedentario</i>	1633 Participación en el ejercicio	163301 Planifica el ejercicio adecuado con apoyo del personal sanitario. 163307 Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio. 16309 Realiza ejercicio correctamente 163325 Planifica la alternación del programa de ejercicios	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5	
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): <i>Recursos insuficientes para realizar la actividad física</i>	2004 Forma física	200404 Participación en actividades físicas 200405 Ejercicio habitual	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 5	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): <i>Pérdida de la condición física La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo</i>					

INTERVENCIONES (NIC): 4470	INTERVENCIONES (NIC): 4480	INTERVENCIONES (NIC): 0200
<i>Ayuda en la modificación de sí mismo Explicar la importancia de la realización de actividad. Crear un ambiente de seguridad Asegurarse de que se ha obtenido el conocimiento que se busca Erindir. Identificar si el comportamiento permite realizar los cambios en su estilo de vida.</i>	<i>Facilitar la autorresponsabilidad Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de su salud. Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. Animar al paciente a que asuma una responsabilidad sobre su autocuidado Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente</i>	<i>Fomento del ejercicio Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. Investigar experiencias deportivas anteriores. Determinar la motivación del individuo para empezar a realizar ejercicio. Ayuda al individuo a crear una rutina de ejercicios. Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifican el cese o alteración del programa de ejercicio. Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios. Instruir al individuo acerca de los ejercicios que realizará.</i>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud	CLASE: 2 Gestión de la salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00079 Incumplimiento	1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	162304 Toma la medicación en los intervalos prescritos 162313 Controla los efectos secundarios de la medicación. 162305 Toma la dosis correcta	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Creencias de salud incongruentes con el plan	1614 Autocuidado: Diabetes	161401 Acepta el diagnóstico 161402 Busca métodos para prevenir complicaciones. 161404 Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 161411 Controla la glucemia 161412 Trata los síntomas de hiperglucemia 161413 Trata los síntomas de hipoglucemia	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Conducta de no adherencia al tratamiento				

INTERVENCIONES (NIC): 5480	INTERVENCIONES (NIC): 5618	INTERVENCIONES (NIC): 7330
Clarificación de Valores Animar a tener en cuenta las preocupaciones. Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación. Evaluar la efectividad del plan con el paciente.	Enseñanza: Procedimiento/tratamiento Informar al paciente sobre la duración del procedimiento/tratamiento. Determinar las experiencias del paciente y el nivel del conocimiento relacionados con el procedimiento/tratamiento. Enseñar al paciente como participar durante el procedimiento/tratamiento. Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	Intermediación cultural Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tiene el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. Identificar con el paciente las prácticas culturales que pueden afectar la salud, facilitando que el paciente pueda elegir de manera informada. Utilizar un lenguaje sencillo. Incluir a la familia cuando corresponda en el plan de tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO: 2		CLASE: 1			
Nutrición		Ingestión			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00163		1854 Conocimiento: dieta saludable	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso 185420 Importancia de tomar el desayuno	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5
Disposición para mejorar la nutrición					
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):		1855 Conocimiento: estilo de vida saludable	185504 Estrategias para mantener una dieta saludable. 185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol. 185516 Beneficio del ejercicio regular 185517 Importancia de estar físicamente activo	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):					
Expresa deseo de mejorar la nutrición					

INTERVENCIONES (NIC): 5246	INTERVENCIONES (NIC): 1100	INTERVENCIONES (NIC): 1160
Aseoramiento nutricional	Manejo de la nutrición	Monitorización nutricional
Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente	Determinar las preferencias alimentarias del paciente	Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.	Instruir al paciente sobre la importancia de consumir una dieta saludable	Identificar los cambios recientes de apetito y actividad
Establecer metas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.	Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables	Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
Proporcionar información si es necesario acerca de la necesidad de modificación en sus hábitos alimentarios.		Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos
Ayuda al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.		
Evaluar el progreso al realizar el cambio en su estilo de comer		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 2		CLASE: 4		
Nutrición		Metabolismo		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00174 Riesgo del nivel de glucemia inestable	1621 Conducta de adhesión: dieta saludable	162102 Equilibra la dieta y las necesidades caloricas. 162104 Prepara los alimentos siguiendo las recomendaciones dietéticas de grasas, sodio e hidratos de carbono. 162114 Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calorico.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): No adherencia al plan de gestión de la diabetes	1854 Conocimiento: dieta saludable	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso. 185420 Importancia de tomar el desayuno	1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):				Mantener a: 3 Aumentar a: 5

INTERVENCIONES (NIC): 2130	INTERVENCIONES (NIC): 2120	INTERVENCIONES (NIC): 5614
Manejo de la hipoglucemia	Manejo de la hiperglucemia	Enseñanza: dieta prescrita
Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia	Vigilar la glucemia.	Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente.
Proporcionar información sobre el autocuidado de la hipoglucemia	Identificar los signos y síntomas de la hiperglucemia.	Identificar los hábitos alimenticios del paciente.
Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia	Identificar la causa de la hiperglucemia	Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que pueden afectar a la voluntad del paciente a seguir la dieta prescrita.
Entrole sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.	Fomentar el autocuidado de la glucemia	
Fomentar el autocuidado de la glucemia	Ayudar al paciente a interpretar la glucemia	
	Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO: 11 Seguridad/protección		CLASE: 2 Lesión física			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00035 Riesgo de lesión		1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110102 Sensibilidad. 110103 Elasticidad. 110104 Hidratación. 110111 Perforación tisular. 110123 Necrosis. 110113 Integridad de la piel.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Alteración sensorial Barrera física		1902 Control del riesgo	190219 Busca información actual sobre riesgos para la salud. 190220 Identifica factores de riesgo. 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta. 190202 Controla los factores de riesgo ambientales. 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):					

INTERVENCIONES (NIC): 5603	INTERVENCIONES (NIC): 6650	INTERVENCIONES (NIC): 3590
Enseñanza: cuidados de los pies	Vigilancia	Vigilancia de la piel
Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.	Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.	observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel
Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.	Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales	Instruir a la familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.
Recomendar revisiones y extracción de uñas por un podólogo.	Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud	Observar el color, calor, textura y si presenta alguna herida en las extremidades.
Ayudar a desarrollar un plan de valoración y el cuidado diario de los pies en casa.	Implicar a la familia y el paciente en las actividades de monitorización.	Enseñar a realizar una hidratación correcta a la piel
Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos específicamente entre los dedos.	Vigilar los patrones conductuales.	
Enseñar a hidratar diariamente la piel.		

6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS A ÁLVARO CORTÉS MARTÍNEZ

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO: 1 Promoción de la salud	CLASE: 1 Tema de concienciar de la salud				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00168 Estilo de vida sedentario		1633 Participación en el ejercicio	163301 Planifica el ejercicio adecuado con apoyo del personal sanitario 163307 Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio 163309 Realiza ejercicio correctamente 163325 Planifica la alternación del programa de ejercicios	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Motivación insuficiente para realizar actividad Física		2004 Forma física	200404 Participación en actividades físicas 200405 Ejercicio habitual	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad					

INTERVENCIONES (NIC): 4470	INTERVENCIONES (NIC): 4480	INTERVENCIONES (NIC): 0200
<p>Ayuda en la modificación de sí mismo</p> <p>Explicar la importancia de la realización de actividad.</p> <p>Crear un ambiente de seguridad</p> <p>Asegurarse de que se ha obtenido el conocimiento que se busca</p> <p>Éxitos.</p> <p>Identificar si el comportamiento permite realizar los cambios en su estilo de vida.</p>	<p>Facilitar la autorresponsabilidad</p> <p>Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de su salud.</p> <p>Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.</p> <p>Animar al paciente a que asuma una responsabilidad sobre su autocuidado</p> <p>Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente</p>	<p>Fomento del ejercicio</p> <p>Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico</p> <p>Investigar experiencias deportivas anteriores.</p> <p>Determinar la motivación del individuo para empezar a realizar ejercicio.</p> <p>Ayuda al individuo a crear una rutina de ejercicios.</p> <p>Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicio.</p> <p>Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.</p> <p>Instruir al individuo acerca de los ejercicios que realizará.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud	CLASE: 2 Gestión de la salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 000 79	1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	162304 Toma la medicación en los intervalos prescritos 162313 Controla los efectos secundarios de la medicación 162305 Toma la dosis correcta	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 3 Aumentar a: 5
Incumplimiento				Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Creencias de salud incongruentes con el plan	1619 Autocontrol: Diabetes	161901 Acepta el diagnóstico. 161902 Busca métodos para prevenir complicaciones 161909 Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 161911 Controla la glucemia 161912 Trata los síntomas de hiperglucemia. 161913 Trata los síntomas de hipoglucemia.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 4 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Conducta de no adherencia al tratamiento				Mantener a: 5 Aumentar a: 5
				Mantener a: 2 Aumentar a: 5
				Mantener a: 3 Aumentar a: 5
				Mantener a: 3 Aumentar a: 5

INTERVENCIONES (NIC): 5480	INTERVENCIONES (NIC): 5618	INTERVENCIONES (NIC): 7330
Clasificación de valores Animar a tomar en cuenta las preocupaciones. Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación. Evaluar la efectividad del plan con el paciente.	Enseñanza: Procedimiento/tratamiento Informar al paciente sobre la duración del procedimiento/tratamiento. Determinar las experiencias del paciente y el nivel del conocimiento relacionados con el procedimiento/tratamiento. Enseñanza al paciente como participar durante el procedimiento/tratamiento. Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.	Intermediación cultural Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tiene el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. Identificar con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar la salud, facilitando que el paciente pueda elegir de manera informada. Utilizar lenguaje sencillo. Incluir a la familia cuando corresponda en el plan de tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: I Ingestión			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00163 Disposición para mejorar la nutrición	1854 Conocimiento: dieta saludable	185403 Relación entre dieta ejercicio y peso 185420 Importancia de tomar el desayuno	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):	1855 Conocimiento: estilo de vida saludable	185504 Estrategias para mantener una dieta saludable 185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol 185516 Beneficio del ejercicio regular 185517 Importancia de estar físicamente activo	1 Ningun conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 1 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Expresa deseo de mejorar la nutrición				

INTERVENCIONES (NIC): 5246	INTERVENCIONES (NIC): 1100	INTERVENCIONES (NIC): 1160
Aseoramiento nutricional Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. Proporcionar información si es necesario, acerca de la necesidad de modificación en sus hábitos alimentarios. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas. Evaluar el progreso al realizar el cambio en su estilo de comer.	Manejo de la nutrición Determinar las preferencias alimentarias del paciente. Instruir al paciente sobre la importancia de consumir una dieta saludable. Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables.	Monitorización nutricional Monitorizar la ingesta calórica y dietética. Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. Monitorizar el tipo y cantidad de ejercicio habitual. Discutir el papel de los aspectos sociales y emocionales del consumo de alimentos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 2	CLASE: 4			
Nutrición	Metabolismo			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 00179	1621 Conducta de adhesión; dieta saludable	162102 Equilibra la dieta y las necesidades caloricas 162109 Prepara los alimentos siguiendo las recomendaciones dietéticas de grasas, sodio e hidratos de carbono 162114 Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calorico	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 5
Riesgo nivel de glucemia inestable				Mantener a: 2 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):				
No adhesión al plan de gestión de la diabetes				Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):	1854 Conocimiento; dieta saludable	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso 185420 Importancia de tomar el desayuno	1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5

INTERVENCIONES (NIC): 2130	INTERVENCIONES (NIC): 2120	INTERVENCIONES (NIC): 5614
Manejo de la hipoglucemia	Manejo de la hiperglucemia	Enseñanza: dieta prescrita
Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.	Vigilar la glucemia	Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente.
Proporcionar el autocontrol de la hipoglucemia.	Identificar los signos y síntomas de la hiperglucemia.	Identificar los hábitos alimenticios del paciente.
Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.	Identificar las causas de la hiperglucemia	Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar a la voluntad del paciente a seguir la dieta prescrita.
Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.	Fomentar el autocontrol de la glucemia.	
Fomentar el autocontrol de la glucemia.	Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.	
	Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DOMINIO: 1 Seguridad	CLASE: 2 Lesión física			
protección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): 0035				
Riesgo de lesión	1101 Integridad tisular; piel y membranas mucosas.	110102 Sensibilidad. 110103 Elasticidad. 110104 Hidratación. 110111 Perforación tisular. 110123 Necrosis. 110113 Integridad de la piel.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 5 Aumentar a: 5 Mantener a: 4 Aumentar a: 5
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Alteración sensorial Barrera física	1902 Control del riesgo	190219 Busca información actual sobre riesgos para la salud 190220 Identifica factores de riesgo 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta 190202 Controla los factores de riesgo ambientales 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	1 Nunca demostrado 2 Paramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 2 Aumentar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):				

INTERVENCIONES (NIC): 5603	INTERVENCIONES (NIC): 6650	INTERVENCIONES (NIC): 3590
Enseñar a cuidados de los pies	Vigilancia	Vigilancia de la piel
Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.	Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.	Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel
Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.	Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales	Instruir a la familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.
Recomendar revisiones y extracción de uñas por un podólogo.	Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud	Observar el color, calor, textura y si presenta alguna herida en las extremidades.
Ayudar a desarrollar un plan de valoración y el cuidado diario de los pies en casa.	Implicar a la familia y el paciente en las actividades de monitorización.	Enseñar a realizar una hidratación correcta a la piel
Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos específicamente entre los dedos.	Vigilar los patrones conductuales.	
Enseñar a hidratar diariamente la piel.		

El plan de cuidados de enfermería es una herramienta fundamental para esta investigación ya que permite mantener un control más asertivo e identificar si en realidad se presentó alguna modificación en los pacientes mediante la aplicación de intervenciones; con base a la realización de PLACES dirigidos a los participantes con diagnósticos enfocados a un mejoramiento en los hábitos alimenticios, realización de actividad física, aceptación del estado patológico y prevención de riesgos ante el desarrollo de complicaciones, siendo relacionados con las actividades programadas para la elaboración de esta búsqueda, es posible identificar la respuesta de los individuos hacia el cambio en su estilo de vida, retomando como base los cuidados que realizaba antes de ser parte de esta indagación y observar si presentaron un cambio significativo y mejoran su autocuidado al tomar conciencia sobre el cómo afecta su estado de salud el entorno social y el beneficio sobre el apego hacia el tratamiento y adoptando distintas costumbres positivas que favorezcan el control de la diabetes mellitus tipo II.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la recopilación de información ya antes citada concluyo que la población mexicana está sumamente acostumbrada a la alimentación rica en grasas y azúcares, esto es uno de los principales factores relacionados con el incremento de casos de diabetes mellitus en el país, lo cual resulta alarmante ya que es la segunda causa de muertes en México, a pesar de que las personas tienen conocimiento sobre la diabetes y el cuidado que deben mantener en sus hábitos alimenticios y los beneficios de la realización de actividad física, no lo cumplen, debido a diversos pretextos entre los que encuentra la falta de tiempo, cansancio, etc.

Mediante la implementación de diversas actividades en las que se realizaron intervenciones de enfermería con la finalidad de mejorar su autocuidado comprobé que al realizar cambios en los hábitos alimenticios, la práctica de actividad física y el manejo adecuado de la terapia farmacológica para controlar la diabetes mellitus tipo II, es satisfactorio para la salud ya que es posible mantener un mejor control en los niveles de glucosa en sangre y genera una mayor prevención ante la aparición de complicaciones.

Las intervenciones de enfermería son fundamentales ya que con estas es posible educar sobre el cuidado que deben mantener los pacientes al igual que brindar información y resolver todas sus dudas que se generan al tener que tratar su enfermedad, esto permite que al ser capacitados genera una mayor habilidad de desarrollar un criterio propio al poder diferenciar la información real y la verídica, al mismo tiempo causa una mejoría en su autocuidado y tener un mejor control sobre la diabetes mellitus tipo II.

La manera en la que la sociedad afecta en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo II es causado por un mal manejo de información en los consejos que algunas veces son interpretados de una manera diferente, en este caso el uso de remedios caseros donde afirman quienes los han utilizado son funcionales a pesar

de que se encuentran carentes de investigaciones científicas que confirmen la seguridad como tratamiento de esta patología y lo continúan utilizando.

La falta de apego hacia la terapia farmacológica es debido a que se tiene la creencia de que es mayor riesgo para el organismo mantener un tratamiento farmacológico que el beneficio que le brinda al control de la diabetes mellitus tipo II, esto es generado por la ideología de que daña otros órganos del cuerpo al utilizarlo de manera constante, prefieren el uso de tratamientos caseros ya que son más económicos, fácil de adquirir, etc.

En los individuos que aceptaron formar parte de esta investigación mostraron un cambio significativo al mejorar su estilo de vida al realizar diversas intervenciones relacionadas con las actividades propuestas para llevar a cabo esta investigación utilizando como herramienta de seguimiento un plan de cuidados de enfermería el cual permite valorar la evolución en el autocuidado y con esto concluyo de manera general que mi hipótesis se comprobó satisfactoriamente, al hacer conciencia se logró hacer un cambio significativo en la calidad de vida mejorando su autocuidado.

ANEXOS

Para comprender el tipo de información que manejan los participantes y como es que llevan a cabo cuidados hacia la diabetes mellitus tipo II se realizó el primer cuestionario para conocer como la sociedad repercute en su estado de salud y los conocimientos que tienen a cerca de su enfermedad y así poder realizar intervenciones efectivas y llevar a cabo las actividades ya antes programadas, a continuación se presentan las respuestas obtenidas por cada uno de los individuos.

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Nombre: JOSE LUIS CORTES MARTINEZ Día 12 Mes 08 Año 2020

1.- Describa con sus palabras ¿Qué es la diabetes mellitus tipo II?

ES UNA ENFERMEDAD EN LA QUE EL PANCREAS DEJA DE PRODUCIR INSULINA

2.- ¿Para usted qué puede causar el desarrollo de diabetes mellitus tipo II?

EL SOBREPESO

3.- ¿Sabe qué complicaciones puede presentar si no lleva un control de glucosa adecuado?

PERDIDA DE EXTREMIDADES, PERDIDA DE LA VISTA O CAER EN COMA DIABETICO

4.- ¿Cómo puede prevenir el desarrollo diabetes mellitus tipo II?

HACIENDO EJERCICIO Y ALIMENTARSE SANAMENTE CON VERDURAS, EVITANDO LAS CARNES ROJAS Y AZUCARES

5.- ¿Qué tratamiento utiliza para controlar los niveles de glucosa en sangre?

TRATAMIENTOS NATURALES, AJO EN AYUNAS, LA HORRINGA

6.- ¿Sabe qué es la hiperglucemia?

ES CUANDO LOS NIVELES DE GLUCOSA SUBEN

7.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hiperglucemia?

VISTA BORROSA, CANSANCIO, SEBO, HAMBRE, URINAR MUCHO

8.- ¿Sabe qué es la hipoglucemia?

ES CUANDO LOS NIVELES DE GLUCOSA BAJAN

9.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hipoglucemia?

ANXIEDAD, MAREO

10.- ¿Conoce algún tratamiento casero para controlar la glucosa?

LA MORINGA, EL NOPAL.

11.- ¿Qué consejos ha recibido de su entorno social al conocerse enfermo de diabetes mellitus tipo II en cuanto a su tratamiento y los cuidados que debe llevar?

NO INGERIR REFRESCOS, DULCES, CARNES ROSAS

12.- ¿Considera que los tratamientos caseros son mejores que los tratamientos alópatas? NO ¿Por qué?

PORQUE NO SE HA COMPROBADO SU EFECTIVIDAD

13.- ¿Tiene prescrito algún medicamento para controlar la glucosa? ¿Cuál?

SI, METFORMINA DE 500 mg UNA CAPSULA CADA 24 HORAS ANTES DEL DESAYUNO

14.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para poder controlar su enfermedad?

PROCURO NO CONSUMIR REFRESCOS, CARNES ROSAS EN EXCESO

15.- ¿Sabe que parámetros de glucosa debe manejar? ¿Cuáles?

140

16.- ¿Con que frecuencia consume alimentos ricos en grasas? ¿Cuáles?

TRES O CUATRO VECES AL MES

17.- ¿Cuánto tiempo le dedica a la realización de actividad física?

UNA HORA DE CAMINATA

18.- ¿Considera que su estilo de vida es adecuado? ¿Por qué?

NO, PORQUE DEBO HACER MAS EJERCICIO

19.- ¿Ha presentado algún problema a consecuencia su enfermedad que afecte el entorno en el que se desarrolla?

NO HASTA LA FECHA

20.- ¿El tipo de alimentación que practica es el mismo de su familia?
¿Normalmente en qué consiste?

SI, VERDURAS, POLLO, LEGUMINOSAS Y AGUA DE FRUTA

21.- ¿Con que frecuencia consume carnes rojas?

UNA VEZ A LA SEMANA

22.- ¿Con que frecuencia consume refresco o bebidas endulzantes?

UNA VEZ A LA SEMANA

23.- Cuando tiene malestar a consecuencia de su enfermedad ¿Qué hace?

ME RELAJO EN LO QUE PASA EL MALESTAR

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Nombre: Alexandro Guillermo Cortes Castillo Día 13 Mes 08 Año 2020

1.- Describa con sus palabras ¿Qué es la diabetes mellitus tipo II?

Enfermedad crónica, en la cual se encuentra afectado
un órgano y la sangre

2.- ¿Para usted qué puede causar el desarrollo de diabetes mellitus tipo II?

Emociones fuertes, una pérdida, Susto

3.- ¿Sabe qué complicaciones puede presentar si no lleva un control de glucosa adecuado?

Problemas en la riñones, Aumento de la azúcar en la
Sangre

4.- ¿Cómo puede prevenir el desarrollo diabetes mellitus tipo II?

bucna alimentación, realizar actividad Física.
consumir poca azúcar,

5.- ¿Qué tratamiento utiliza para controlar los niveles de glucosa en sangre?

Jugos o licuados naturales

6.- ¿Sabe qué es la hiperglucemia?

azúcar alta

7.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hiperglucemia?

NO CONOSCO NINGUNO, MÉS QUE CANSANCIO

8.- ¿Sabe qué es la hipoglucemia?

No

9.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hipoglucemia?

Desconosco

10.- ¿Conoce algún tratamiento casero para controlar la glucosa?

Sí

11.- ¿Qué consejos ha recibido de su entorno social al conocerse enfermo de diabetes mellitus tipo II en cuanto a su tratamiento y los cuidados que debe llevar?

Si, me han ofrecido remedios naturales, diciendome que me pueden curar.

12.- ¿Considera que los tratamientos caseros son mejores que los tratamientos alópatas? ¿Por qué?

Si, No creo que sea esencial porque no creo que este completamente enfermo

13.- ¿Tiene prescrito algún medicamento para controlar la glucosa? ¿Cuál?

No, Pero mis familiares me han recomendado tomar metformina

14.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para poder controlar su enfermedad?

Ninguno

15.- ¿Sabe que parámetros de glucosa debe manejar? ¿Cuáles?

Lo desconosco

16.- ¿Con que frecuencia consume alimentos ricos en grasas? ¿Cuáles?

aproximadamente 4 veces al mes, tacos, palomitas de mantecilla.

17.- ¿Cuánto tiempo le dedica a la realización de actividad física?

No realiza

18.- ¿Considera que su estilo de vida es adecuado? ¿Por qué?

Si, porque para mí realmente no tengo diabetes

19.- ¿Ha presentado algún problema a consecuencia su enfermedad que afecte el entorno en el que se desarrolla?

Si, algunas veces me he sentido mal pero pienso que es por otra cosa

20.- ¿El tipo de alimentación que practica es el mismo de su familia?
¿Normalmente en qué consiste?

Si, todo tipo de alimento, incluyendo chatarras.

21.- ¿Con que frecuencia consume carnes rojas?

20 veces al mes.

22.- ¿Con que frecuencia consume refresco o bebidas endulzantes?

15 veces al mes

23.- Cuando tiene malestar a consecuencia de su enfermedad ¿Qué hace?

No quiero consumir medicamentos pero mi familia me da metformina.

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES
MELLITUS TIPO II

Nombre: CECILIO CASTILLO AMARO Día 14 Mes 08 Año 2020

1.- Describa con sus palabras ¿Qué es la diabetes mellitus tipo II?

ES UNA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA DEBIDO A LA MALA
ALIMENTACION LO QUE OCASIONA EL AUMENTO DE AZUCAR EN LA
SANGRE

2.- ¿Para usted qué puede causar el desarrollo de diabetes mellitus tipo II?

LA OBESIDAD, ALGUN SUSTO

3.- ¿Sabe qué complicaciones puede presentar si no lleva un control de glucosa adecuado?

PROBLEMAS EN LOS PIES Y MAL CICATRIZACION DE
HERIDAS

4.- ¿Cómo puede prevenir el desarrollo diabetes mellitus tipo II?

TENER UNA BUENA ALIMENTACION, REALIZANDO
ETERCICIO TODO LOS DIAS

5.- ¿Qué tratamiento utiliza para controlar los niveles de glucosa en sangre?

MIEL DE MEZQUITE Y GLIMPIRIDA

6.- ¿Sabe qué es la hiperglucemia?

SI

7.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hiperglucemia?

MAREOS Y CANSANCIO, DOLOR DE CABEZA
VER BORROSO

8.- ¿Sabe qué es la hipoglucemia?

SI TENGO LA IDEA

9.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hipoglucemia?

DESMAYO Y DOLOR DE CABEZA

10.- ¿Conoce algún tratamiento casero para controlar la glucosa?

SI

11.- ¿Qué consejos ha recibido de su entorno social al conocerse enfermo de diabetes mellitus tipo II en cuanto a su tratamiento y los cuidados que debe llevar?

QUE ES UNA ENFERMEDAD CON LA QUE ES DIFICIL VIVIR
Y ME HAN DICHO QUE UTILICE REMEDIOS NATURALES

12.- ¿Considera que los tratamientos caseros son mejores que los tratamientos alópatas? ¿Por qué?

SI PORQUE EL USAR MUCHO TIEMPO UN MEDICAMENTO
ME HACE DAÑO

13.- ¿Tiene prescrito algún medicamento para controlar la glucosa? ¿Cuál?

SI LA GLIMEPIRIDA

14.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para poder controlar su enfermedad?

COMER POCAS GRASAS Y HACER EJERCICIO

15.- ¿Sabe que parámetros de glucosa debe manejar? ¿Cuáles?

TENGO LA IDEA DE QUE ES 120 Ó 130

16.- ¿Con que frecuencia consume alimentos ricos en grasas? ¿Cuáles?

2 VECES POR MES

TLACOYOS, TACOS

17.- ¿Cuánto tiempo le dedica a la realización de actividad física?

DE UNA A DOS HORAS

18.- ¿Considera que su estilo de vida es adecuado? ¿Por qué?

UN POCO PORQUE ALGUNAS VECES ME HE SENTIDO MAL

19.- ¿Ha presentado algún problema a consecuencia su enfermedad que afecte el entorno en el que se desarrolla?

SI PORQUE NO PUEDO COMER DE TODO Y ME ESTRESO MUCHO CUANDO ME SIENTO MAL

20.- ¿El tipo de alimentación que practica es el mismo de su familia?
¿Normalmente en qué consiste?

SI PORQUE ME APOYAN FRUTAS, VERDURAS, POLLO

21.- ¿Con que frecuencia consume carnes rojas?

DE DOS A TRES VECES AL MES

22.- ¿Con que frecuencia consume refresco o bebidas endulzantes?

UNA O DOS VECES AL MES

23.- Cuando tiene malestar a consecuencia de su enfermedad ¿Qué hace?

TOMO MI MEDICAMENTO

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Nombre: Álvaro Cortés Martínez Día 15 Mes 08 Año 2020

1.- Describa con sus palabras ¿Qué es la diabetes mellitus tipo II?

Es una enfermedad que no tiene cura, donde se sube el azúcar en la sangre.

2.- ¿Para usted qué puede causar el desarrollo de diabetes mellitus tipo II?

Un susto o un coraje, tener antecedentes de familiares enfermos.

3.- ¿Sabe qué complicaciones puede presentar si no lleva un control de glucosa adecuado?

Perdida de la vista

4.- ¿Cómo puede prevenir el desarrollo diabetes mellitus tipo II?

Comer saludable, hacer ejercicio no tomar tanto refresco

5.- ¿Qué tratamiento utiliza para controlar los niveles de glucosa en sangre?

Metformina y palo santo

6.- ¿Sabe qué es la hiperglucemia?

no

7.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hiperglucemia?

mareo

8.- ¿Sabe qué es la hipoglucemia?

no

9.- ¿Qué signos y síntomas conoce sobre la hipoglucemia?

mareo y ansiedad

10.- ¿Conoce algún tratamiento casero para controlar la glucosa?

sí

11.- ¿Qué consejos ha recibido de su entorno social al conocerse enfermo de diabetes mellitus tipo II en cuanto a su tratamiento y los cuidados que debe llevar?

que no pueda comer de todo, consumir
tratamientos naturales como el palo santo

12.- ¿Considera que los tratamientos caseros son mejores que los tratamientos alópatas? ¿Por qué?

Sí porque dañan menos mi
organismo

13.- ¿Tiene prescrito algún medicamento para controlar la glucosa? ¿Cuál?

Sí metformina

14.- ¿Qué cuidados lleva a cabo para poder controlar su enfermedad?

Ninguno, solo camino

15.- ¿Sabe que parámetros de glucosa debe manejar? ¿Cuáles?

Menos de 120

16.- ¿Con que frecuencia consume alimentos ricos en grasas? ¿Cuáles?

diariamente, tacos, tamales, quesadillas

17.- ¿Cuánto tiempo le dedica a la realización de actividad física?

Una o dos horas

18.- ¿Considera que su estilo de vida es adecuado? ¿Por qué?

Si porque muy pocas veces me he sentido mal

19.- ¿Ha presentado algún problema a consecuencia su enfermedad que afecte el entorno en el que se desarrolla?

no

20.- ¿El tipo de alimentación que practica es el mismo de su familia?
¿Normalmente en qué consiste?

Si, pan, cafe, tortillas, carnes rojas

21.- ¿Con que frecuencia consume carnes rojas?

diano

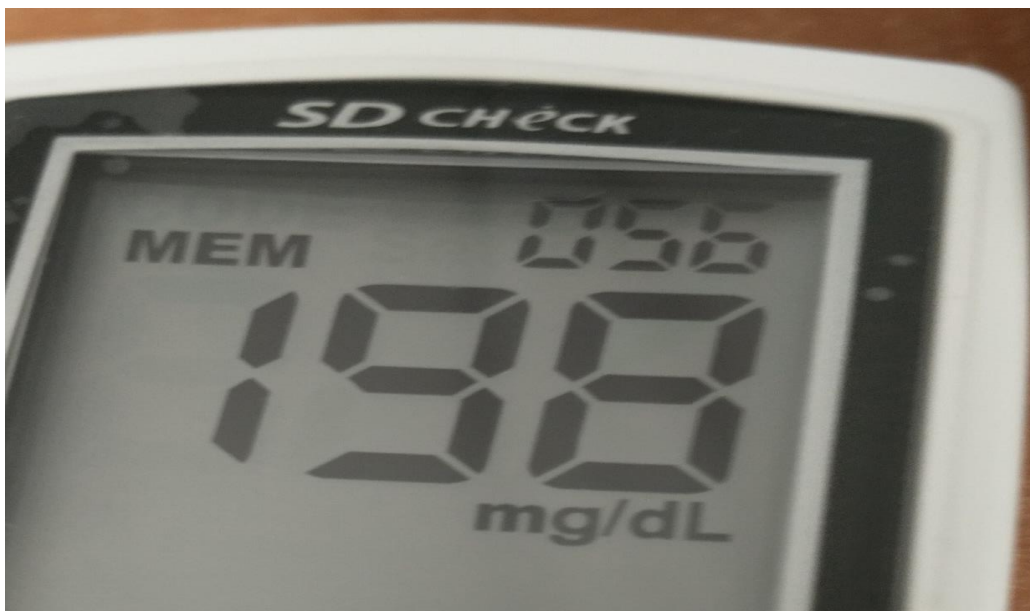
22.- ¿Con que frecuencia consume refresco o bebidas endulzantes?

diano

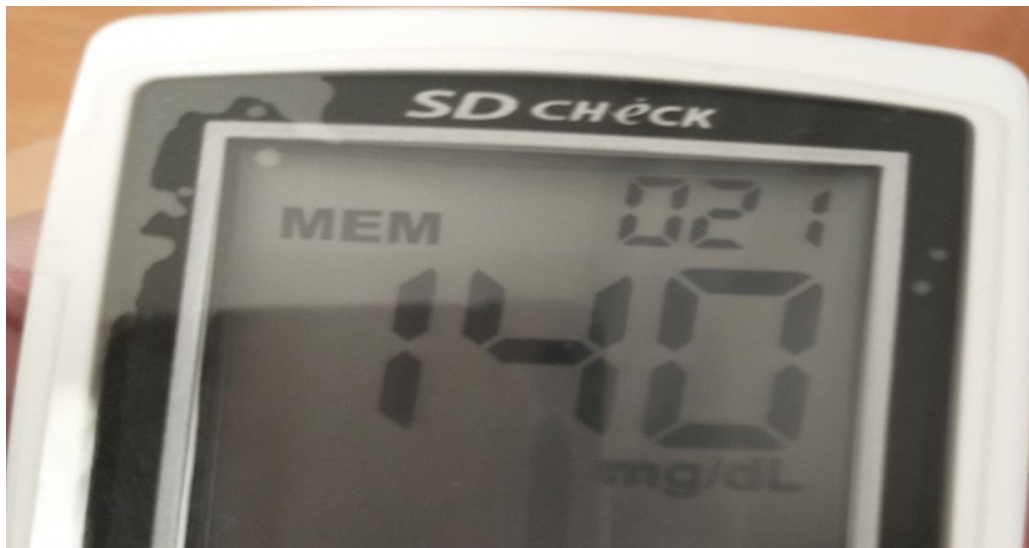
23.- Cuando tiene malestar a consecuencia de su enfermedad ¿Qué hace?

Utilizo el medicamento

A continuación se muestran algunas fotos tomadas durante las actividades programadas y se logra identificar la realización de ejercicios por parte de los participantes al igual que algunos alimentos que consumieron.







En las anteriores fotografías se logran apreciar algunos resultados de las tomas de glicemia capilar que se les realizo a los participantes, obteniendo resultados de hiperglucemia al ser controlados con tratamientos caseros y resultados cercanos a lo normal en sus niveles de glucosa en sangre al manejar su enfermedad con hipoglucemiantes orales.

A continuación se muestran algunas fotografías tomadas mientras los participantes realizaban actividad física, donde se pueden apreciar distintos ejercicios.













Las actividades que realizaron cada uno de los participantes fueron de tipo aeróbico supervisada con la finalidad de que se llevaran a cabo correctamente, se observó que el ejercicio fuera adecuado y se adaptara a las facilidades para los individuos y lo formaran como un hábito como se muestra en las fotografías.

En las siguientes fotografías se exponen distintos platillos que consumieron los participantes pudiéndose identificar entre ellos tamales, mole de guajes con carne de puerco, alambre con tortilla de harina, pechuga empanizada y azada con espagueti y lechuga o frijoles y papas fritas, caldo de verduras con pollo y fruta picada.











Los hábitos alimenticios que presentaban los participantes se caracterizaba por el consumo de carnes rojas, pastas, bebidas azucaradas o hacían uso de endulzantes comerciales y la ingesta de verduras y frutas era muy reducida. En las fotos presentadas se logra identificar algunos platillos que consumieron durante la investigación con la finalidad de hacer conciencia y adopten una alimentación sana que les ayude a controlar su enfermedad y se disminuya la ingesta de grasas y exceso de azúcares.

En las siguientes fotos se aprecian las respuestas del segundo cuestionario resaltando que los individuos tomaron conciencia sobre la importancia de mejorar su autocuidado y las experiencias obtenidas al ser partícipes de esta investigación.

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES
MELLITUS TIPO II

Nombre: JOSE LUIS CORTES MARTINEZ Día 25 Mes 12 Año 2020

1.- ¿Notó alguna diferencia en su estado al cambiar el tratamiento casero por el tratamiento alópata?

NOTE QUE LOS NIVELES DE GLUCOSA BAJARON UN POCO.

2.- ¿Identifico alguna mejoría al cambiar los hábitos alimenticios?

DISMINUYO LA NECESIDAD DE TOMAR AGUA Y LAS VECES DE IR A ORINAR DISMINUYERON

3.- ¿Cómo se sintió al realizar actividad física?

ME SENTI CON MAS ENERGIA DURANTE EL DIA

4.- Al cambiar sus hábitos ¿Recibió el apoyo de su familia?

SI SE SOLIDARIZAN EN OCASIONES ABSTENIENDOSE DE COMER O BEBER COSAS DULCES

5.- ¿Cómo se siente en este momento al realizar cambios en su estilo de vida?

YA MEJOR, HE PODIDO TRABAJAR EL HALER EJERCICIO Y NO CONSUMIR MOMENTOS QUE ELEVAN MI GLUCOSA

6.- Entre el tratamiento casero y el alópata ¿Cual es de su preferencia?

EL ALOPATA POR SU RAPIDA ACCION

7.- ¿Qué reflexión hace al haber cambiado su calidad de vida?

LOS HABITOS ALIMENTICIOS SON MUY IMPORTANTES CUANDO SE TIENE DIABETES

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES
MELLITUS TIPO II

Nombre: Alejandro Guillermo Cortes Castillo Día 26 Mes 12 Año 2020

1.- ¿Notó alguna diferencia en su estado al cambiar el tratamiento casero por el tratamiento alópata?

Si, no me e sentido mareado como otras veces

2.- ¿Identifico alguna mejoría al cambiar los hábitos alimenticios?

Si, note que baje de peso y me senti mejor

3.- ¿Cómo se sintió al realizar actividad física?

Con mayor agilidad y me sentia bien

4.- Al cambiar sus hábitos ¿Recibió el apoyo de su familia?

Un poco, por que no estan acostumbrados a comer Verduras.

5.- ¿Cómo se siente en este momento al realizar cambios en su estilo de vida?

Me e sentido mucho mejor

6.- Entre el tratamiento casero y el alópata ¿Cual es de su preferencia?

alópata, a pesar que considero que el medicamento produce mayor daño

7.- ¿Qué reflexión hace al haber cambiado su calidad de vida?

debo de cuidar mi cuerpo y los alimentos que consumo, aunque considero que no estoy totalmente enferma

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES
MELLITUS TIPO II

Nombre: CECILIO CASTILLO AMARO Día 27 Mes 12 Año 2020

1.- ¿Notó alguna diferencia en su estado al cambiar el tratamiento casero por el tratamiento alópata?

SI NO ME HE SENTIDO MAL YA QUE ANTES
CON EL CASERO ME SENTIA MAREADO

2.- ¿Identifico alguna mejoría al cambiar los hábitos alimenticios?

POCOS PORQUE YO NO ACOSTUMBRO A COMER
DEMAZIADAS CARNES

3.- ¿Cómo se sintió al realizar actividad física?

ME HE SENTIDO MUCHO MEJOR

4.- Al cambiar sus hábitos ¿Recibió el apoyo de su familia?

SI SE ADAPTARON A COMER DE MANERA
SALUDABLE

5.- ¿Cómo se siente en este momento al realizar cambios en su estilo de vida?

NO HE PRESENTADO NINGUN MALESTAR

6.- Entre el tratamiento casero y el alópata ¿Cual es de su preferencia?

EL ALOPATA PORQUE EL MEDICAMENTO ME
AYUDA A MANTENER A MEJOR NIVEL MI GLUCOSA

7.- ¿Qué reflexión hace al haber cambiado su calidad de vida?

DEBO DE CUIDARME E INFORMARME MAS Y
EVITAR LA INFORMACION ERRONEA Y DEBO
CUIDARME MAS PARA NO TENER COMPLICACIONES

ENTORNO SOCIAL, INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Nombre: Alvaro Cortés Martínez Día 18 Mes 12 Año 2020

1.- ¿Notó alguna diferencia en su estado al cambiar el tratamiento casero por el tratamiento alópata?

Sí

2.- ¿Identifico alguna mejoría al cambiar los hábitos alimenticios?

Si, no he tenido la necesidad de tomar mucha agua como antes

3.- ¿Cómo se sintió al realizar actividad física?

bien, noto que baje un poco de peso

4.- Al cambiar sus hábitos ¿Recibió el apoyo de su familia?

Muy poco

5.- ¿Cómo se siente en este momento al realizar cambios en su estilo de vida?

me he sentido mucho mejor y he notado que mis niveles de glucosa son más estables

6.- Entre el tratamiento casero y el alópata ¿Cual es de su preferencia?

el alópata

7.- ¿Qué reflexión hace al haber cambiado su calidad de vida?

Que es importante cuidarme para evitar que desarrolle alguna complicación

En los cuestionarios antes expuestos es posible observar que los individuos presentaron un mejoramiento en el estilo de vida favoreciendo su autocuidado, esto ha provocado que hagan conciencia en su estado de salud, permitiendo un mejor control sobre la diabetes mellitus tipo II.

GLOSARIO

Acantosis nigricans: Enfermedad cutánea caracterizada por el engrosamiento de la piel y aparición de hiperpigmentación en los pliegues de la piel.

Adipocito: Células que conforman el tejido graso de forma esférica cuya función principal es el almacenamiento de lípidos.

Amilina: péptido de 37 aminoácidos cosecretado en conjunto con la insulina.

Astenia: Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

Astenopia: condición oftalmológica que se manifiesta a través de síntomas inespecíficos como fatiga, dolor en los ojos, visión borrosa, dolor de cabeza y, ocasionalmente, visión doble.

Cetoacidosis: Complicación grave de la diabetes en la que el cuerpo produce un exceso de ácidos en la sangre

Creatinina: Producto final del metabolismo de la creatina que se encuentra en el tejido muscular y en la sangre de los vertebrados y que se excreta por la orina.

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

Fisiopatología: Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.

Fotodermatosis: aquellas enfermedades cutáneas en las que la fotosensibilidad patológica es el fenómeno primordial.

Glucagón: Hormona producida por las células alfa del páncreas, cuya principal función es estimular la producción de glucosa.

Glucosa: Azúcar que se encuentra en diversos lugares como miel, dulces y azúcar de los animales.

Hemoglobina glicosilada: Prueba que se realiza para medir la cantidad de glucosa adherida a los glóbulos rojos.

Hiperglucemia: Nivel alto de azúcar en sangre.

Hipoglucemia: Nivel bajo de azúcar en sangre.

Incretina: Son una serie de hormonas que se producen en el intestino en respuesta a la ingesta de alimentos.

Insulina: Hormona producida por el páncreas para controlar los niveles de glucosa en sangre.

Micosis: Cualquier enfermedad ocasionada por hongos.

Nefropatía: Enfermedad que daña al riñón

Neuropatía: Enfermedad del sistema nervioso.

Parestesia: Sensación de hormigueo o pinchazos, generalmente temporal, que suele producirse en brazos, manos, piernas o pies.

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

Poliuria: Producción anormal de grandes cantidades de orina.

Polidipsia: Necesidad exagerada y urgente de beber líquidos.

Polifagia: Necesidad exagerada de consumir alimentos.

Postprandial: Después de comer.

Prurito: Sensación incómoda irritante que crea deseo de rascarse y que puede afectar a cualquier parte del cuerpo.

Retinopatía: Enfermedad no inflamatoria de la retina.

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Triglicéridos: Compuesto químico principal de la grasa obtenido al formarse ésteres de los tres grupos alcohol de la glicerina con ácidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón Márquez, Arián Jacinto (13) “Los expósitos de la hijuela de vera (1736 - 1901)”, (Tesis para obtener MÁSTER EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA) Madrid, España.
- Brunton L. Laurence, “Goodman & Gilman. “Las bases farmacológicas de la terapéutica”, España, editorial McGraw-Hill, 12ª edición, año 2012.
- Cordero Hernández Alejandra, Pinto Almazán Rodolfo, “Diabetes mellitus tipo 1 y 2. Estudio epidemiológico del primer año del servicio de Consulta Externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca”, Revista de Evidencia Medica e Investigaciones en Salud, vol. 7, núm. 1, publicado el 21 febrero 2014.
- Fawcett Jacqueline, “Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: models and theories”. Philadelphia, Editorial Davis Company, año 2000.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado, Baptista Lucio Maria, “Metodología de la investigación”, editorial McGRAW-Hill, México, 5ª edición, año 2010.
- Howard Gloria, Butcher Joanne, Dochterman Cheryl, “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”, editorial Elsevier, España, 6ª edición, año 2013.
- Johnson Marion, Swanson Elizabeth, “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”, editorial Elsevier, España 5ª edición, año 2013.
- NANDA “NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020”, editorial Elsevier, 11ª edición, año 2018-2020.
- Organización Panamericana de la Salud, "New Challenges in the Field of Advanced Education for Nursing Personel in Latin America", Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 2, núm. 1 julio.
- Porter Robert, Kaplan justin, “Manual de Merck”, vol. 2, editorial Oceano, España, año 2017.
- Taylor S. y Bogdan R. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados” editorial Paidos, España, año 1987.

- Tiziani Adriana, “Fármacos en Enfermería”, editorial Manual Moderno, México, 4th edición, año 2011.
- Torres Barrera Sara, “Breve historia de la educación de la enfermería en México” Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 18, núm. 2, publicado el año 2010.
- Waldman A. Scott, “Farmacología y terapéutica”, editorial Manual Moderno, España, año 2010.

CIBERGRAFÍA

- Andrea “¿Qué es el autocuidado y por qué es importante?”, publicado en el año 2018, citado el 17 de Septiembre del 2020 <https://grupoguard.com/co/blog/convocatorias/autocuidado-importancia/#:~:text=Beneficios%20del%20autocuidado&text=Hace%20que%20visualices%20mejor%20tus,y%20es%20importante%20para%20ti.&text=Cuando%20tenemos%20tiempo%20para%20nosotros,mensaje%20positivo%20a%20nuestro%20subconsciente>
- Aragonés V. “Beneficios de Cuidar en casa”, publicado el 23 de Mayo del 2019, citado el 25 de Agosto del 2020 <https://aidependencia.es/beneficios-de-cuidar-en-casa/>.
- Barrientos T. “Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la ENSANUT 2016”, publicado el 30 de Octubre del 2019, citado el 7 de Octubre del 2020 <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal201g.pdf>
- Catalán S. “Atender al paciente en casa: ventajas y desventajas”, citado el 26 de Agosto del 2020 <https://www.siquia.com/blog/atender-al-paciente-en-casa-ventajas-y-desventajas/>
- Cervantes R, Presno M. “Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas”, publicado el 13 de Junio del 2013, citado el 3 de Noviembre del 2020 <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>
- Cisneros S. “Leyes de Reforma”, publicado el 27 de Septiembre del 2018, citado el 22 de Agosto del 2020 <https://www.mexicodesconocido.com.mx/leyes-de-reforma.html>
- Consejo General de Enfermería “La importancia de la Enfermería en el autocuidado del paciente”, Publicado el 9 de Diciembre del 2014, citado el 26 de Agosto del 2020 <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-importancia-de-la-enfermeria-en-el-autocuidado-del-paciente-DDIMPORT-034972/>

- Darner A. “Tipos de Insulina”, Citado el 10 de Noviembre del 2020 <https://dtk.ucsf.edu/es/tipos-de-diabetes/diabetes-tipo-2/tratamiento-de-la-diabetes-tipo-2/medicamentos-y-terapias-2/prescripcion-de-insulina-para-diabetes-tipo-2/tipos-de-insulina/#intacting>
- Diario Oficial de la Federación “NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, publicado el 11 de Noviembre del 2010, citado el 24 de Septiembre del 2020 http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Facultad de medicina de la UNAM “Biblioteca digital”, citado el 12 de Noviembre del 2020 <http://www.facmed.unam.mx/bmd/>
- Fajardo G. “México 1861. Perspectiva histórica de la secularización de los hospitales”, publicado el 25 de mayo del 2012, citado el 22 de Agosto del 2020 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000500008
- Gobierno de la Rioja “La importancia de no abandonar el tratamiento que le prescriba su médico”, citado el 18 de Septiembre del 2020 <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/farmacia/impacto-de-la-adherencia-en-los-resultados-en-salud-y-en-la-sostenibilidad-del-sistema-sanitario>
- Instituto Nacional de Salud Pública, “La enfermería en México, una profesión con historia” publicado en el año 2020, citado el 22 de Agosto del 2020 <https://www.insp.mx/avisos/4866-dia-enfermeria-historia.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social “Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de Atención”, publicada el 28 de Julio del 2014, citada el 5 de Octubre del 2020 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía “Características de las Defunciones Registradas en México durante 2019” Publicado el 29 de Octubre del 2020, citado el 1 de Noviembre del 2020 <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

- Instituto Nacional de Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales “Síntomas y causas de la diabetes”, publicado en Noviembre del 2016, citado el 5 de Noviembre del 2020 <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>
- López G. “Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico”, publicado el 9 de Diciembre del 2009, citado el 23 de Septiembre del 2020 <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/4315>
- Montano J. “Jean Watson: Biografía y Teoría” citado el 24 de Agosto del 2020 <https://www.lifeder.com/jean-watson/>
- Moreno L. “Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México”, publicado el mes de Septiembre del 2014, citado el 8 de Octubre del 2020 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185106314000067>
- Moreno M, Fajardo M, Ibarra A, Restrepo S. “Cronología de la profesionalización de la Enfermería”, publicado el 5 de Septiembre del 2015, citado el 22 de Agosto del 2020 <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268005/html/index.html>
- Núñez Katherine “Liderazgo de Enfermería en el Sector Privado”, publicado 22 de Mayo del 2017, citado el 23 de Agosto del 2020 <http://boletin.enfermeria.cr/liderazgo-de-enfermeria-en-el-sector-privado/>
- Organización Mundial de la Salud “Enfermería”, publicado en 2020, citado el 21 de Agosto del 2020 disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Ortiz R. “Atención personalizada en enfermería”, publicado el 27 de Octubre del 2019, citado el 23 de Agosto del 2020 <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons091j.pdf>
- Organización Mundial de la Salud “El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura” publicado en el año 2003, citado el 16 de Septiembre del 2020 <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

- Organización Mundial de la Salud “Diabetes”, publicado en el año 2016, citado el 24 de Septiembre del 2020 https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Organización Panamericana de la Salud “Diabetes”, citado el 24 de Septiembre del 2020 <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Pérez B. “El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI”, publicado el 20 de Mayo del 2009, citado el 25 de Agosto del 2020 <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19>
- Pérez G. “Historia natural de una enfermedad”, publicado el 30 de Junio del 2009, citado el 3 de Octubre del 2020 <http://pediatria.org/historia-natural-de-una-enfermedad/>
- Pineda J. “Hijas de la Caridad Fundacion en México”, publicado el 15 de Octubre del 2016, citado el 22 de Agosto del 2020 <http://vincentians.com/es/hijas-la-caridad-fundacion-mexico-4/>
- Ramos A. “Sabías que el exceso de higiene es perjudicial para la salud?”, publicado el 8 de Febrero del 2020, citado el 18 de Septiembre del 2020 <https://mejorconsalud.as.com/sabias-que-el-exceso-de-higiene-es-perjudicial-para-la-salud/>
- Rivera N. “Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson” publicado el 4 de Diciembre, citado el 24 de Agosto del 2020 <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
- Secretaria de Salud “10 derechos generales de los pacientes”, publicado el 11 de Febrero del 2016, citado el 23 de Agosto del 2020 <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>
- Suarez A. “ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO”, publicado el año 2012, citado el 25 de Agosto del 2020 http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010
- Torres J. “El nacimiento de la Escuela de Enfermería en la ciudad de México (1888-1911)”, publicado el 14 de Julio del 2014, citado el 22 de Agosto del

2020 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-719X2016000200139

- Vademécum “Fuente de conocimiento farmacológico”, citado el 12 de Noviembre del 2020 <https://www.vademecum.es/>
- Young P. Hortis V. Finn B. “Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento”, publicado el 9 de Mayo del 2011, citado el 22 de Agosto del 2020 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017#:~:text=En%201860%20abri%C3%B3%20la%20Escuela,se%20basaba%20en%20dos%20principios.