UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA JURIDICA, SOCIAL Y ADMINITRATIVA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRIA EN DESARROLLO COMUNITARIO

TITULO:

"ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS 2012- 2013"

Tesis Previa a optar el Título de Magíster en Desarrollo Comunitario.

AUTOR:

Lic. Lucia Margarita Muñoz Curay

DIRECTOR:

Eco. José Chamba, Mg.Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACION

ECONOMISTA, JOSE CHAMBA, DOCENTE DEL ÁREA JURIDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA;

C E R T I FI C A:

Que el presente trabajo de investigación, Titulado: **ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS 2012- 2013,** realizado por la señora egresada: Lic. Lucía Margarita Muñoz Curay, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución, por lo que autorizo su reproducción y presentación al tribunal calificador.

Loja, diciembre de 2015

Ec. Mg. Sc José Chamba

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Lic. Lucía Margarita Muñoz Curay declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-biblioteca Virtual.

AUTORA: Lic. Lucía Margarita Muñoz Curay

FIRMA:.....

CÉDULA: 1102521158

FECHA: Loja, diciembre de 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Lucia Margarita Muñoz Curay, declaro ser autora de la tesis titulada: ***ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS 2012- 2013,*** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de sus contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para consecuencia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 17 días del mes de diciembre del dos mil quince, firma la autora:

Firma.....
Autora: Lucia Muñoz Curay
Cédula: 1102521158
Dirección: Loja, Calles España y Uruguay
Correo Electrónico: lucy.marga@hotmail.es
Teléfono: Celular: 0997252511

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Ec. Mg. Sc. José Chamba

TRIBUNAL DE GRADO:
Ing. Ney Alfredo Gallardo PRESIDENTE
Ing. Santiago Ludeña Mg. Sc. VOCAL
Dr. Carlos Escudero Mg. Sc. VOCAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios y a la Virgen Santísima por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario, me ha dado la vida y fortaleza para terminar esta tesis; a mis hijos: **Alison**, **Junior**, **Jennifer y Pamela** por ser el incentivo y la razón de vivir para seguir adelante ; a mi esposo **Eduardo** por su apoyo moral y comprensión; a mi madre **Luz**, mi mejor amiga la que siempre me alentó para seguir adelante en los momentos más difíciles; a mi padre **Monfilio,** hermanos **Patricia** y **Milton** a pesar que no están conmigo, desde el cielo me están protegiendo y guiando por el sendero de cada acto que realizo hoy. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para ellos hago esta dedicatoria

LUCIA

AGRADECIMIENTO

Al concluir la presente investigación fruto de nuestro esfuerzo y abnegación; queremos expresar nuestro testimonio de gratitud primeramente a nuestro Creador, luego a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja y al Centro de Estudios Comunitarios de la Universidad Central Martha Abreu de las Villas quienes nos dieron la oportunidad de superarnos; a cada uno de los docentes que supieron impartirnos sus conocimientos sin ningún egoísmo, y al Eco. José Chamba, en calidad de Director del presente trabajo, a todos ellos y ellas por habernos brindado sus valiosos conocimientos y guiarnos en el desarrollo del mismo.

LA AUTORA

a. TITULO

“ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS 2012- 2013.”

b. RESUMEN

El presente trabajo de ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS 2012- 2013 se la realizo, con el propósito de proponer en un plan de Intervención orientado a disminuir las complicaciones en los pacientes diabéticos tipo II orientado a las Familias y comunidad en general.

Los objetivos planteados; caracterizar los estilos de vida en los usuarios diabéticos que acuden al Sub Centro de Salud de Malacatos para presentar una propuesta de intervención que contribuya de manera conjunta a prevenir y/o retrasar las complicaciones en los usuarios afectados por esta enfermedad.

Partiendo de este objetivo se propuso:

- Fundamentar teóricamente los referentes que permitan contribuir al proceso de educación y comunicación activa de los sujetos colectivos de la Parroquia Malacatos para mejorar los estilos de vida saludables y formas de prevenir complicaciones, dé los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II a partir del enfoque del autodesarrollo comunitario; combinado con la metodología

ESCAVIRIS;

- Identificar los estilos de vida de los usuarios afectados por la Diabetes Tipo II que acuden a Subcentro de Salud de Malacatos;

- Establecer las complicaciones más frecuentes en los pacientes diagnosticados de Diabetes tipo II;

- Proponer un plan de Intervención orientado a disminuir las complicaciones en los pacientes diabéticos tipo II

Los sujetos que participaron fueron pacientes que acudían a la consulta, del Sub Centro de Salud de la Parroquia Malacatos, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipos II por sus médicos tratantes. El deterioro de la

calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS.

Las variables independientes comprendieron el tiempo de evolución de la condición crónica degenerativa de la Diabetes Mellitus Tipo II de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos sociodemográficos. Los resultados revelaron que 23% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas.

Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la Diabetes Mellitus Tipo II, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresivo y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

ABSTRACT

The present work of STYLES OF LIFE AND FORMS OF PREVENTION OF THE COMPLICATIONS OF THE PATIENTS DIABETIC TYPE 2 THAT MALACATOS GOES TO THE SUBCENTRO OF HEALTH OF THE PARISH 2012 - 2013 are carried out it, with the purpose of proposing in a plan of Intervention guided to diminish the complications in the patients diabetic type 2 guided to the Families and community in general.

The outlined objectives; to characterize the lifestyles in the diabetic users that go to the Sub Center of Health of Malacatos to present an intervention proposal that contributes from a combined way to prevent and/or to retard the complications in the users affected by this illness.

Leaving of this objective intended: " To base the relating ones that allow to contribute to the education process and active communication of the collective fellows of the Parish Malacatos to improve the healthy lifestyles theoretically and you form of preventing complications, the patients that suffer diabetes mellitus type 2 starting from the focus of the community auto desarrollo give; cocktail with the methodology ESCAVIRIS.; to Identify the lifestyles of the users affected by the Diabetes Type II that you/they go to SC of Health of Malacatos; To establish the most frequent complications in the diagnosed patients of Diabetes type 2; To propose in a plan of Intervention guided to diminish the complications in the patients diabetic type 2

The fellows that participated went patient that went to the consultation, of the Sub Center of Health of the Parish Malacatos, diagnosed with DM2 by their medical dealers. The deterioration of the quality of life was measured with the scale of quality of life related with the health (ESCAVIRS), in its validated version and standardized to Spanish. The dependent variable was the evaluation of the index of deterioration of the quality of life estimated through ESCAVIRS. The independent variables understood the

time of evolution of the degenerative chronic condition of the DMTII of the selected patients, as well as some aspects sociodemográficos. The results revealed that 23% of the sample studied with some grade of deterioration in its quality of life in the evaluated areas.

The interaction areas stand out with the team of health, the emotional and physical aspects. They have more risk for deterioration those patients with more than five years of evolution of the DMTII, educational level under and age bigger than 50 years. You concludes that the grade of deterioration of the quality of life in this type of patients is progressive and it is associated to the degenerative evolution of the illness.

c. INTRODUCCIÓN

"La diabetes mellitus tipo II ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI tanto por su creciente magnitud como por su impacto en la enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad en las sociedades desarrolladas". (Valdés. S, Rojo. G & Sorigue. F, 2013, p. 1).

El mejor tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (DMTII) pierde efectividad si la persona con diabetes no sabe beneficiarse de éste o no está motivada para responsabilizarse con su autocuidado diario.

Es importante reconocer que la enfermedad, es un proceso largo y extenuante de cuidado, donde no solo se encuentran involucrados los pacientes como tal, sino que esto a su vez influye en sus familiares, su círculo laboral y también la comunidad; todos estos actores necesariamente deben encontrarse inmiscuidos y participar activamente frente a la enfermedad.

El entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado para personas con diabetes tipo II tiene como resultado un mejor tratamiento de la diabetes pero si a esto se suma el conocimiento y educación continua a familiares de pacientes lograremos tener menos índices de riesgos cardiovasculares y reducir un 75% de las amputaciones (Moya, 1996, p. 33).

Los adultos con diabetes mellitus tipo II que participaron en programas grupales de entrenamiento muestran un mejor control de la diabetes (glucemia en ayunas y hemoglobina glicosilada) y conocimiento sobre diabetes a corto (cuatro a seis meses) y a largo plazo (12 a 14 meses), a la vez que reducen la necesidad de medicación para la diabetes. (Medicall H, 2010, 52-55).

También hay evidencia de que los programas de educación grupal pueden reducir la presión arterial y el peso corporal, y aumentar el autocontrol, la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la

satisfacción con el tratamiento (F, 1989). Este texto citado de un estudio mexicano de evolución de cuidado de la diabetes a partir de la ayuda familiar y el acompañamiento grupal, nos da la clara factibilidad y posibilidades que se dan de acuerdo de un diseño adecuado y especificado de las estrategias familiares para pacientes con DMTII.

Es por esto que he visto la necesidad de la educación a los familiares de pacientes con DMTII, puesto que sin lugar a duda la enfermedad no se acaba con tomar una pastilla, sino, que depende del correcto tratamiento y educación que se dé, el familiar del paciente diabético cumple un papel muy importante, puesto que es él, con el que se relaciona dentro de su cotidianidad y comparte diversiones, comidas y problemas, etc., con los sujetos sociales colectivos comunidad y la familia.

Si un familiar del paciente diabético conoce que por causas de estrés los niveles de glucosa se elevan, tratarán de encontrar el equilibrio, en la vida de los pacientes, de este modo en la comida buscaran alimentos acorde a las necesidades del paciente que se puedan acoplar a la dieta familiar sin que esto implique un sacrificio para el paciente y llegue a ser traumático.

Si educamos a los familiares en estrategias de apoyo y ayuda a los pacientes diabéticos se reducirán también las complicaciones asociadas, tales como la depresión, dislipidemías, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones, incapacidad física y laboral, entre otras.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

DIABETES

Definición

La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre (hiperglicemia) de manera persistente o crónica.

Clasificación

La diabetes mellitus se clasifica en 3 tipos:

- **Diabetes mellitus tipo I,** considerada como aquella en donde existe una destrucción total de las células β, lo que conlleva una deficiencia absoluta de insulina.
- **Diabetes mellitus tipo II** o no insulinodependiente, es aquella que se presenta a consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, así como el antecedente de resistencia periférica a la misma.
- **Diabetes gestacional,** que se presenta durante el embarazo. (Harrison, 2006, p. 22)

DIABETES TIPO II

Definición

Fernández. F, Ortega. C, Martín J, Rodríguez. V, (2013) afirman que: “La diabetes tipo II es considerada como una enfermedad crónica en la cual hay altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. La diabetes tipo II es la forma más común de esta enfermedad”. (p. 23), Este tipo de diabetes es la que abordaremos en la investigación. *Causas*

La insulina es una hormona producida en el páncreas por células especiales, llamadas células beta. El páncreas está detrás del estómago.

La insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células donde se almacena y se utiliza posteriormente como fuente de energía.

En la diabetes tipo II, la grasa, el hígado y las células musculares no responden de manera correcta a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina y como resultado de esto, el azúcar de la sangre no entra en las células, acumulándose niveles anormalmente altos de éste en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia.

Por lo general, la diabetes tipo II se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

La diabetes tipo II puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos.

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. (J, Polonsky. K, Burant. C, 2011, p. 52)

Síntomas

Segun Pories W, Mehaffy J & Staton K, (2013) señalan que “Las personas con diabetes tipo II generalmente no presentan síntoma alguno al principio y es posible que no tengan síntomas durante muchos años.” (p. 12)

Los síntomas iniciales de la diabetes pueden abarcar:

- Infección en la vejiga, el riñón, la piel u otras infecciones que son más frecuentes o sanan lentamente.
- Fatiga.
- Hambre.
- Aumento de la sed.
- Aumento de la micción.

El primer síntoma también puede ser:

- Visión borrosa.
- Disfunción eréctil.

Dolor o entumecimiento en los pies o las manos. (Asociación Latinoamérica de Diabetes, 2000, 22-27)

Diagnostico

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus (DM) se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación. En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica. (Asociación Latinoamérica de Diabetes, 2000, 32-73).

Control Clínico y Metabólico

El control de la DM elimina los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Al combinarlo con el control de otros problemas asociados como la hipertensión arterial y la dislipidemia, también previene las complicaciones macrovasculares.

Para que haya una disminución de estas complicaciones se debería realizar lo siguiente:

- **Auto monitoreo.**

El Auto monitoreo en sangre capilar utilizando tirillas reactivas y un glucómetro para su lectura es el método ideal. Su resultado se suele identificar como "glucometría" para diferenciarlos de la glucemia medida en el laboratorio. Se recomienda hacer glucometrías diarias y a diferentes horas (pre y/o postprandiales) según criterio médico. El automonitoreo es especialmente útil para conocer el comportamiento de la glucemia en los períodos postprandiales y en las horas de la tarde y la noche, cuando el paciente no tiene acceso fácil al laboratorio. Sin embargo, su costo y necesidad de educación y entrenamiento pueden volverlo difícil de aplicar en algunos lugares.

- **Monitoreo en el laboratorio**

Toda persona con diabetes mellitus tipo II (DMTII) que no pueda practicar el auto monitoreo debería medirse la glucemia una vez por semana o al menos una vez por mes. Se puede requerir una frecuencia mayor si no se logra un control adecuado, lo cual puede ser un motivo para recurrir al auto monitoreo.

- **Monitoreo ambulatorio continuo**

Es una forma de conocer las variaciones de la glucemia durante 24 horas y hasta por 3 días, mediante la colocación de un sensor que mide la glucosa en el líquido intersticial y la convierte en valores equivalentes de glucemia. El equipo necesario para poder efectuar la medición y el

almacenamiento de los datos tiene un costo alto, por lo cual su utilización es limitada. Puede ser especialmente útil en personas con diabetes lábil, con insulinoterapia intensiva de difícil ajuste y/o con hipoglucemias frecuentes y asintomáticas. (Pérez J, Franch J , 2011, p.54-55)

Educación para la Persona con Diabetes Mellitus II

American Diabetes Asociatión, (2013) afirma que:

La DMTII es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece. Por consiguiente, el proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético. Este facilita alcanzar los objetivos de control metabólico, que incluyen la prevención de las complicaciones a largo plazo, y permite detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo. Gracias al proceso educativo, la persona con DM se involucra activamente en su tratamiento y puede definir los objetivos y medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud. Los propósitos básicos del proceso educativo serían los siguientes:

a) Lograr un buen control metabólico

b) Prevenir complicaciones

c) Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad

d) Mantener o mejorar la calidad de vida

e) Asegurar la adherencia al tratamiento

f) Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costo-beneficio y reducción de costos

g) Evitar la enfermedad en el núcleo familiar

La educación debe hacer énfasis en la importancia de controlar los factores de riesgo asociados que hacen de la diabetes una enfermedad grave.

Dichos factores son la obesidad, el sedentarismo, las dislipidemias, la hipertensión arterial y el tabaquismo. (p. 186)

Todos los pacientes tienen derecho a ser educados por personal capacitado. Por lo tanto es necesario formar educadores en el campo de la diabetes. Esta formación se debe impartir preferiblemente a personas que pertenezcan al área de la salud, pero también se les puede dar a miembros de la comunidad que demuestren interés y capacidad para desarrollar este tipo de actividades. Entre ellos se pueden destacar los profesionales de la educación, promotores comunitarios, cuerpos de voluntarios, personas con diabetes, familiares, etcétera. Es importante establecer un régimen de capacitación y de certificación que acredite a los integrantes del equipo de salud como "educadores en diabetes”.

Complicaciones

American Diabetes Association, (2013) afirma que:

La diabetes aumenta el riesgo de muchos problemas de salud graves. Pero con el tratamiento adecuado y los cambios de estilo de vida recomendados, muchas personas con diabetes pueden prevenir o retrasar la aparición de complicaciones las mismas que se detalla a continuación y son:

- **Complicaciones de la piel**

La diabetes puede afectar cualquier parte del cuerpo, incluida la piel. Hasta 33 % de las personas con diabetes tienen en algún momento en la vida una afección a la piel causada o afectada por la diabetes. De hecho, a veces tales problemas son el primer indicio de que la persona tiene diabetes. Afortunadamente, es posible prevenir o tratar fácilmente la mayoría de las afecciones de la piel si se detectan a tiempo.

Algunos de estos problemas son trastornos de la piel que cualquier persona puede tener, pero son más comunes en las personas con diabetes. Incluyen infecciones con bacterias y con hongos, y picazón. Otros problemas de piel se presentan particular o solamente en personas con diabetes. Incluyen dermopatía diabética, necrobiosis lipídica diabética, ampollas diabéticas y xantomatosis eruptiva.

- **Complicaciones de los ojos**

Las personas con diabetes, de hecho, tienen un riesgo más alto de ceguera que las personas que no tienen diabetes. Sin embargo, la mayoría de las personas con diabetes no llegan a tener complicaciones serias en los ojos. Con exámenes regulares, puede evitar que los problemas se vuelvan serios.

Además, si surge un problema más grave, hay tratamientos que con frecuencia son eficaces si los inicia de inmediato.

- **Complicaciones de los pies**

Personas con diabetes pueden tener muchos problemas diferentes en los pies. Incluso los problemas normales pueden empeorar y llevar a complicaciones severas. Los problemas de los pies generalmente se producen cuando hay daño a los nervios, lo que se denomina neuropatía, que resulta en la pérdida de sensación en los pies. La mala circulación y cambios en la forma de los pies o dedos también pueden causar problemas.

- **Cetoacidosis**

Es una afección grave que puede producir un coma diabético (perder el conocimiento por mucho tiempo) o incluso la muerte.

Cuando las células no están recibiendo la glucosa que necesitan como fuente de energía, el cuerpo comienza a quemar grasa para tener energía, lo que produce cetonas. Las cetonas son ácidos que se acumulan en la sangre y aparecen en la orina cuando el cuerpo no tiene suficiente insulina. Son una señal de advertencia de que la diabetes está fuera de control o que usted se está enfermando.

- **Enfermedad renal (nefropatía)**

Los riñones son órganos asombrosos. Dentro de ellos hay millones de diminutos vasos sanguíneos que actúan como filtros. Su labor es eliminar productos de desecho de la sangre.

A veces este sistema de filtrado deja de funcionar debidamente. La diabetes puede causar daño a los riñones y hacer que fallen. Cuando los riñones fallan, pierden su capacidad de filtrar los productos de desecho, lo que resulta en nefropatía

- **Derrame cerebral**

Un derrame cerebral para la (American Diabetes Association, 2013) se denomina también: ataque cerebral o apoplejía ocurre cuando el flujo de sangre a parte del cerebro se detiene de repente. Entonces hay daño al tejido cerebral. La mayoría de los derrames ocurren porque un coágulo de sangre bloquea un vaso sanguíneo en el cerebro o el cuello. Un derrame puede causar problemas de movimiento, dolor, adormecimiento, además de problemas para pensar, recordar o hablar. Algunas personas también tienen problemas emocionales, como depresión, después de un derrame.

- **Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico**

El síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico (HHNS) (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome o HHNS) según la (American Diabetes Association, 2013): es un trastorno serio que ocurre con mayor frecuencia en personas en edad es superiores a 60 años. Provocando una mortalidad superior (50%). Las personas con diabetes tipo I o II presentan una glicemia superior a 600mg/dl, habiendo un deterioro en el sistema nerviosos central que no está bien controlada pueden tener HHNS, pero ocurre con mayor frecuencia en las personas con el tipo II. El HHNS usualmente es el resultado de una enfermedad o infección. Con HHNS, se eleva el nivel de glucosa en la sangre, y el cuerpo trata de eliminar el exceso por la orina. Al principio la persona orina mucho y tiene que ir al baño a cada rato. Luego no tiene que ir al baño con tanta frecuencia y la orina se pone oscura. Además, puede sentir mucha sed. Incluso si no tiene sed, necesita tomar líquidos. Si no toma suficientes líquidos en esta fase, puede deshidratarse.

- **Gastroparesia**

De igual manera la (American Diabetes Association, 2013) toma como parte de las complicaciones a la gastroparesia e indica que: es un trastorno que afecta a las personas con diabetes tipo I y tipo II, en que el estómago tarda mucho en vaciar su contenido (vaciamiento gástrico retrasado). El nervio vago controla el movimiento de los alimentos por el sistema digestivo. Si el nervio vago se daña o deja de funcionar, los músculos del estómago y los intestinos no funcionan de manera normal, y el movimiento de los alimentos se detiene o retrasa.

Al igual que con otros tipos de neuropatía, la diabetes puede dañar el nervio vago si el nivel de glucosa en la sangre permanece alto durante mucho tiempo. El alto nivel de glucosa causa cambios químicos en los nervios y daña los vasos sanguíneos que trasportan el oxígeno y los nutrientes a los nervios.

- **Enfermedades del corazón**

La (American Diabetes Association, 2013) señala que: Las personas con diabetes tienen un riesgo más alto de tener un derrame o ataque al corazón. Afectan a las personas con diabetes con una frecuencia más de dos veces más alta que a las personas sin diabetes.

Hay una relación marcada entre diabetes, enfermedades del corazón y derrames. De hecho, 2 de cada 3 personas con diabetes mueren de enfermedades del corazón o derrame cerebral, también llamado enfermedad cardiovascular. La obstrucción de los vasos sanguíneos puede producir un ataque al corazón, derrame y otros problemas. Pero existen tratamientos para las enfermedades del corazón, los derrames y las enfermedades vasculares. (p. 87-91)

Tratamiento

El objetivo del tratamiento al principio es bajar los altos niveles de azúcar en la sangre. Los objetivos a largo plazo son prevenir problemas relacionados con la diabetes.

La manera más importante de tratar y manejar la diabetes tipo II es la actividad física y la nutrición. Conforme lo manifiesta Self, (1996):

El hecho de aprender habilidades para el manejo de la diabetes le ayudará a vivir bien con la enfermedad".

Estas habilidades ayudan a evitar problemas de salud y la necesidad de atención médica. Se pueden identificar según Diabetes Self, 1996 las siguientes:

- Cómo evaluar y registrar la glucemia
- Qué comer y cuándo
- Cómo tomar los medicamentos, si se necesitan
- Cómo reconocer y tratar los niveles altos y bajos de glucemia
- Cómo manejar los días en que se está enfermo
- Dónde comprar los suministros para la diabetes y cómo almacenarlos.

Aprender estas habilidades puede tomar varios meses. Es importante seguir aprendiendo continuamente sobre la enfermedad, sus complicaciones y cómo controlarla y convivir con ella. (p.73)

Medicamentos para tratar la diabetes

En la actualidad según Stone N, Robinson J & Lichtenstein A, (2011):

Se dispone de ocho grupos de antidiabéticos (además de la insulina) que poseen los siguientes mecanismos de acción:

- Estimulan la secreción de insulina: sulfonilureas, secretagogos de acción rápida (glinidas), inhibidores de la DPP-4 (dipeptidil peptidasa IV) y análogos del GLP-1 (glucagon-like peptide-1).
- Disminuyen la resistencia a la insulina: biguanidas y glitazonas.
- Reducen o enlentecen la absorción de la glucosa: inhibidores de las α-glucosidasas.

- Inhiben la reabsorción de glucosa a nivel renal: inhibidores de la SGLT-2 (cotransportador de sodio y glucosa tipo 2). (p.102)

Algunos de los tipos de medicamentos más comunes se enumeran abajo y se toman por vía oral o inyectada. Estos medicamentos según Stone N, Robinson J, Lichtenstein A, (2011), son los siguietes:

- Inhibidores de la alfa-glucosidasa
- Biguanidas
- Inhibidores de la DPP IV
- Medicamentos inyectables
- Meglitinidas
- Sulfonilureas
- Tiazolidinedionas. (p.188)

Es posible que usted deba administrarse insulina si su azúcar en la sangre no puede controlarse con alguno de los medicamentos mencionados. La insulina debe inyectarse debajo de la piel utilizando una jeringa, una pluma de insulina o una bomba. No puede tomarse por vía oral porque el ácido en el estómago la destruye.

Estilos de Vida Saludables

“Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”. (GIRALDO, 2010, p. 22).

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Según Stone N, Robinson J & Lichtenstein Ha, (2011) existen algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término los compromisos individuales y sociales convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad

de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona. (p. 66-67)

Prevención

Manejo de azúcar en la sangre

“Revisar usted mismo sus niveles de glucemia y anotar los resultados le indicará qué tan bien está manejando su diabetes”. (Salvador 2011, p.55) refiere: Hable con su médico a cerca de la frecuencia de estos chequeos.

Para comprobar el nivel de glucemia, se utiliza un dispositivo llamado glucómetro. Generalmente, se punza el dedo con una aguja pequeña llamada lanceta. Esto le proporciona una pequeña gota de sangre. Se coloca la sangre en una tira reactiva y se pone la tira en el medidor. El medidor suministra una lectura que indica el nivel de azúcar en la sangre.

Un médico o un diabetólogo le ayudarán a programar un horario adecuado para hacerse las pruebas. El médico le ayudará a establecer un rango deseado para sus números del azúcar en la sangre. Conforme lo establece (Salvador 2011) hay que tener los siguientes factores:

- La mayoría de las personas con diabetes tipo II sólo necesitan revisarse su azúcar en la sangre una o dos veces al día.
- Si los niveles de azúcar en la sangre están bajo control, posiblemente sólo necesite verificarlos unas cuantas veces por semana.
- Los exámenes pueden hacerse cuando usted se despierta, antes de las comidas y al acostarse.
- Se pueden necesitar pruebas más frecuentes cuando usted esté enfermo o bajo estrés. (p.88)

Mantenga un registro de su azúcar en la sangre para usted mismo y para su médico. Con base en los resultados, es posible que deban hacerse ajustes en las comidas, la actividad física o los medicamentos, con el fin mantener los niveles de azúcar en la sangre en un rango apropiado.

Control de la dieta y el peso.

Trabajar de la mano con el médico, el personal de enfermería y un dietista certificado para saber qué cantidades de grasa, proteína y carbohidratos necesita en su dieta. Los planes de comidas deben adaptarse a sus hábitos y estilo de vida diarios y deben incluir alimentos que le gusten.

Es importante controlar el peso y consumir una dieta bien balanceada. Algunas personas con diabetes tipo 2 pueden dejar de tomar medicamentos después de perder peso. Esto no significa que la diabetes está curada; todavía tienen la enfermedad.

Los pacientes muy obesos cuya diabetes no se esté manejando bien con dieta y con medicamentos pueden contemplar la posibilidad de someterse a una cirugía para bajar de peso (bariátrica). (Pories W, Mehaffy J& Staton K, 2013, p.102-103).

Actividad física regular

Hacer ejercicio en forma regular es importante para todas las personas e incluso más importante cuando usted tiene diabetes. Así mismo indica que las razones por las cuales el ejercicio es bueno para su salud son las siguientes:

- Baja el nivel de azúcar en la sangre sin medicamentos.
- Quema el exceso de calorías y grasa, de manera que usted pueda controlar el peso.
- Mejora la circulación y la presión arterial.
- Aumenta el nivel de energía.
- *Mejora la capacidad para manejar el* estrés. (Pories W, Mehaffy J& Staton K, 2013, p.106).

Cuidado de los pies

Las personas diabéticas son más propensas a tener problemas en los pies que aquellas que no tienen diabetes. La diabetes ocasiona daños en

los nervios. Esto puede hacer que usted sienta menos la presión en los pies.

Usted puede no notar una herida en el pie hasta que aparezca una infección seria. La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos. Pequeñas llagas o roturas en la piel pueden convertirse en llagas cutáneas más profundas (úlceras). Es posible que la extremidad afectada necesite ser amputada si estas úlceras en la piel no sanan o se vuelven más grandes, más profundas o se infectan.

- Realice una inspección diaria de los pies comprobando la ausencia de lesiones.
- Lávese los pies todos los días con agua tibia y no los deje en remojo.
- Corte las uñas adecuadamente o mejor use una lima.
- Tras el lavado utilice una crema hidratante, pero no la aplique entre los dedos. No use polvos de talco.
- Utilice calcetines o medias de lana o algodón que no tengan costuras ni elásticos.
- Utilice un calzado adecuado, use zapatos que calcen bien y le permitan mover los dedos. Revise con la mano el interior de los zapatos antes de ponérselos, por si hay rugosidades o imperfecciones que pudieran dañarle el pie.
- Nunca camine descalzo.
- Visite con regularidad al podólogo.
- Si detecta lesiones en los pies nunca manipule las lesiones, consulte al personal sanitario que le atiende y nunca trate de quitarse usted mismo los callos. No utilice callicidas.
- No aplique frío o calor directamente en los pies. No se siente cerca del fuego o los radiadores.
- Haga ejercicio a diario para promover una buena circulación. Evite sentarse con las piernas cruzadas o pararse en una misma posición durante un tiempo prolongado.

- Comunique a su médico/a o enfermero/a cualquier señal de peligro, como son:
- Aparición de pus debajo de la uñas o en el centro de los callos.
- Cambio en el color de los pies (zonas rojas, azuladas o negras).
- Frialdad, dolor o alteración de sensibilidad en los pies.

Así mismo manifiesta que no debe realizar:

- Poner bolsas de agua caliente o dispositivos eléctricos para calentar sus pies.
- Enjuagar sus pies por mucho tiempo en el agua (esto saca los aceites naturales)
- Cortar callos o usar medicaciones para los callos.
- Usar zapatos que son muy ajustados o demasiado usados, o ligas o medias ajustadas que puedan impedir una buena circulación. (Johnston M, Pogach L & Rajan M, 2006, p.88-89)

Primeros Auxilios para Heridas de los Pies

El hecho de que no sienta dolor cuando se lastima los pies no quiere decir que usted no debe prestarle atención a la herida. Lávela con un jabón suave y séquela con cuidado. Luego, aplique un antiséptico (por ejemplo pomada Polysporin). No use sales Epson, ácido bórico o tintura de yodo. Si es necesario poner una venda, use una gasa pequeña y tela adhesiva hipo alergénica (para evitar irritación de la piel). Eleve el pie cuando pueda durante el día por períodos de hasta 20 minutos.

Los Elementos Necesarios para el Cuidado de los Pies son:

- Siempre trate de tener a mano los siguientes elementos:
- Limas para uñas o ralladores de callos
- Loción para la piel seca a base de lanolina.
- Tela adhesiva hipoalergénica y gasa.
- Polvo para los pies.

Para evitar problemas con los pies:

- Deje de fumar si fuma.

- Mejore el control de su azúcar en la sangre.
- Procure que el médico le revise los pies por lo menos dos veces al año y pregunte si tiene daño neurológico.
- Revise y cuide sus pies todos los días. Esto es muy importante cuando ya tienen daño del nervio o vasos sanguíneos o problemas en los pies.
- Asegúrese de usar el tipo correcto de zapatos. Pregúntele a su médico lo que es adecuado para usted. (Anorec, 2010, p. 156-157).

Recomendaciones Sanitarias

Entre la información básica o de supervivencia que debe disponer el paciente que acude a la consulta se destaca lo siguiente:

- Información sobre la enfermedad: definición, cómo vigilar los niveles de glucosa en sangre, objetivos de control en cuanto a cifras.
- Información sobre las complicaciones agudas: híper glucemia (el aumento de los niveles de glucemia puede corresponder a factores como la excesiva o inadecuada ingesta de alimentos, el incumplimiento del tratamiento farmacológico, estrés, infecciones, etc.; acompañándose de síntomas como poliuria, polidipsia y polifagia); hipoglucemias (debido al ayuno, ejercicio, medicación, manifestado por hambre, nerviosismo, temblores, mareo, somnolencia), y la forma de resolverlas.
- Importancia de los fármacos (no suprimir tomas de los antidiabéticos orales); respecto a la insulina: vía de administración, lugares de inyección, rotación, etc.), de la dieta (información dietética sobre alimentos y horarios), y del ejercicio para el control de la DMTII
- Otra información muy útil puede ser dónde comprar y almacenar la insulina y demás material necesario, así como cuándo y cómo tener contacto con el médico o el personal enfermería

Una vez el paciente conoce y maneja estos principios, se puede pasar a una educación más profunda, que comprende el control de otros factores de riesgo que pueden coexistir (hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, tóxicos), información más detallada relacionada con las habilidades de supervivencia (como variar la dieta, prepararse para viajar, etc.), así como medidas preventivas para evitar las complicaciones crónicas de la DM (cuidados y protección de los pies, higiene general, especialmente de la piel y de la boca, cuidados de los ojos).

Se debe tener especial consideración con ciertos aspectos a la hora de comunicar, que pueden influir en la buena comprensión de la educación por parte del paciente.

- Personas recién diagnosticadas pueden sufrir las etapas del duelo, y debemos adecuarnos a cada individuo, pues este es un proceso personal.
- Aparte se debe valorar la información previa de la que dispone, la motivación para aprender y su nivel sociocultural.
- Preguntar al paciente y valorar por sus mayores temores respecto al diagnóstico de esta enfermedad, y de esa forma aclarar dudas y conceptos erróneos, a la vez que se le ofrece apoyo. De esta forma, la reducción de los niveles de ansiedad puede contribuir a una mejor disposición del paciente y a un mayor logro de los objetivos.
- Una comunicación efectiva logrará una mejor comprensión por parte del paciente. (Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman R, Lachin JM & Walker E, 2012, p.188-189).

Exploraciones complementarias

Julián, 2008 señala:

- Analítica cada seis meses. Debe incluir bioquímica (glucosa, perfil lipídico, creatinina), y hemoglobina glicosilada. Cada año, orina (micro albuminuria).
- Electrocardiograma (EKG) anual.

- “Dispensación de material para administración del plan terapéutico (agujas, jeringas, lancetas, etc.).
- Dispensación de material informativo, así como cartillas para el registro de los autoanálisis”.

En ocasiones, los pacientes deciden reutilizar las lancetas de punción para el autoanálisis de glicemia y/o las agujas de las plumas utilizadas para inyectarse insulina.

Según diversos estudios, esto puede ser debido a varias razones tales como el deseo propio por parte del paciente de reutilizar el material (que no tiene percepción de riesgo o que no quiere desechar algo que aún considera útil), por restricción o falta de suministro o bien por indicación expresa del profesional sanitario.

En este sentido es preciso destacar el hecho fundamentado de que la reutilización de agujas es incorrecta. En primer lugar, la reutilización de agujas del calibre utilizado habitualmente provoca un deterioro progresivo de la aguja, eliminándose la cubierta de protección usada para minimizar el dolor de la punción. Además de este elemento negativo de di confort para el paciente, existe mayor riesgo de rotura y de administración de dosis erróneas. Julián, (p.33-34).

Grupos de apoyo

Según Cano P, Franch J, (2011) “hay muchos recursos para la diabetes que pueden ayudarle a entender más sobre la diabetes tipo II. También puede aprender maneras de manejar su enfermedad para poder vivir bien con ella.” (p.101).

Expectativas (pronóstico)

La diabetes es una enfermedad de por vida para la cual no existe cura; pero para algunas personas con diabetes tipo II, ya no necesitan medicamento si bajan de peso y se vuelven más activas. Cuando ellas alcanzan su peso ideal, la insulina de su propio cuerpo y una dieta saludable pueden controlar su nivel de azúcar en la sangre.

¿Cuándo contactar a un profesional médico?

Llamar al número local de emergencias 911 de inmediato si tiene:

- Presión o dolor en el pecho
- Desmayo o pérdida del conocimiento
- Convulsiones
- Dificultad para respirar

Estos síntomas pueden empeorar rápidamente y convertirse en situaciones de emergencia (tales como convulsiones o coma hipoglucémico). Es necesario consultar al médico si presenta los siguientes síntomas:

- Entumecimiento, hormigueo, dolor en pies o piernas.
- Problemas con la vista.
- Úlceras o infecciones en los pies.
- Síntomas de hiperglucemia (estar muy sediento, tener visión borrosa, tener la piel seca, sentirse débil o cansado, necesidad de orinar mucho).
- Síntomas de hipoglucemia (sentirse débil o cansado, temblores, sudoración, sentirse irritable, tener problemas para pensar claramente, latidos cardíacos rápidos, visión doble o borrosa, sensación de intranquilidad). (Cano-Pérez JF, Franch J., 2011, p. 188-189).

AUTODESARROLLO COMUNITARIO

Según Ann Lavin 2008 señala que:

El autodesarrollo comunitario conceptualmente se asume como el proceso de gestación de lo comunitario expresado en un crecimiento en salud donde la participación y la cooperación son cada vez conscientes.

Por lo tanto lo comunitario es acceder a relaciones sociales donde solucionan contradicciones que mantienen alienada a la comunidad a los

grupos y a los individuos; potencia al grupo, forja la reflexión crítica sobre el sistema de contradicciones, gesta procesos de transformación desde la cooperación, la corresponsabilidad, la participación consciente, la auto transformación grupal e individual y un autodesarrollo que promueve el poder ser y no desde un deber ser asumido de modo voluntarista. En esta capacidad de lo comunitario que establece una relación educativa que promueve vínculos grupales de participación, cooperación al sujeto, a través de la transformación, reconstrucción, aprobación de contenidos culturales que favorecen a la conservación de saberes y valores presentes de la sociedad; y la lucha contra las exclusiones que limitan el pleno desarrollo de los sujetos involucrados.

Es importante tomar en cuenta que la participación efectiva de sus miembros de una comunidad es cuando adquieren conciencia de su identidad y luchan por sus intereses, interactuando entre si en función de un objetivo, donde se asignan y asumen roles los mismos que dependen de la carga sociocultural, y pueden construir armas contra el paternalismo y políticas asistencialistas que a la larga han convertido a las personas a los grupos en incapaces para hacer algo por sí mismos, para sí mismos para los demás, esto se puede hacer teniendo el convencimiento de querer hacerlo.

- **Conciencia Crítica**

La conciencia crítica es pre-activa y proyectiva y se concreta, como arma material de transformación en proyectos de autodesarrollo, de gestación, producción, construcción de lo comunitario, es decir cualidad socialista de las relaciones sociales en todo el entramado de la sociedad política y la sociedad civil.

Tal constructo es epistémico deriva en principio de análisis, evaluación e intervención comunitaria desde la concepción del Centro de Estudios Comunitarios y se concreta en la asunción de:

- La conciencia crítica como premisa de la disposición al cambio y una nueva actitud ante la realidad.

- La modificación de la realidad comunitaria como acto creativo teniendo en cuenta las circunstancias y las potencialidades internas de los sujetos individuales y colectivos.
- La autogestión y la sostenibilidad concibiéndolas de modo integral, a largo plazo y mediante el aprovechamiento y potenciación de los recursos disponibles tanto materiales como espirituales.
- El avance inmediato como realización de la potencialidad latente y premisa del futuro.
- "La multi condicionalidad de los procesos sociales comunitarios".

➢ **Comunidad**

Autores como A. Sánchez prefieren abordarlos elementos comunes que caracterizan el concepto de comunidad 1) localización geográfica de base; 2) estabilidad temporal; un conjunto de instalaciones, servicios y recursos materiales; estructura y sistemas sociales y 5) un componente psicológico resultante, de carácter básicamente identificativo y relacional.

En el caso de H. Arias, valora la comunidad como un organismo social que ocupa determinado espacio geográfico, que está influenciado por la sociedad geográfico, que está influenciado por la sociedad de la que forma parte, y a la vez funciona como un sistema más o menos organizado integrado por otros sistemas como la familia, los grupos, las instituciones y organizaciones, los que en su interacción definen el carácter subjetivo, material en dependencia de su nivel de organización y a su actuación respecto a las condiciones materiales donde transcurre su vida y actividad.

Aunque al parecer la mayoría de los actores no se han puesto de acuerdo para definirla, comparten indistintamente los elementos estructurales que la confirman y coinciden en verla como: un grupo de personas localizadas en esta área geográfica; como instalaciones sociopolíticas necesarias para la relación con los sistemas sociales mayores.

Si bien estos elementos resultan esenciales para definir la comunidad, por lo general se ha considerado como la suma de sus miembros, sin

entender la complejidad de los procesos comunitarios que surgen en su interior.

Lo comunitario como alternativa para potenciar el desarrollo de la comunidad propone varios componentes que nos referimos para situar nuestro trabajo investigativo; elementos esenciales a lo comunitario son la participación y cooperación. (p. 55-57)

- **Participación y Cooperación**

La participación y la cooperación son efectivamente las variables esenciales del trabajo comunitario, concibiéndose como participación a la implicación sentida de los actores comunitarios en la identificación de contradicciones, mientras que la cooperación se la entiende como forma de la actividad coordinada de dichos actores como arreglo a un plan.

La participación constituye el modo en que funcionalmente resulta posible la acción colectiva del grupo como sujeto de la actividad, es en este marco que la actividad alcanza toda la riqueza de sus manifestaciones en el planteamiento y debate de opciones, la toma de decisión, la ejecución y el control de éstas.

Concebir la participación como inclusión de los actores sociales en tanto sujetos de la acción social constituye un elemento nuclear que expresa el vínculo de simetría presente en diversas gradaciones dentro de las relaciones grupales, en la medida que la inclusión en la actividad se produce como sujeto de la misma.

Su negación reduce dichos actores a objeto o medio de la actividad como manifestación de un vínculo de asimetría presente en las relaciones en que transcurre el proceso inclusivo, de ahí que no sea suficiente considerar la inclusión en la conceptualización de participación sin agregar la condición (sujeto, medio u objeto) en que esta se produce en términos comunitarios.

Para nosotros la participación constituye una acción humana, necesaria y encaminada a fines concretos, influyente, multidimensional, que expresa

una relación social y democrática y permite aprendizajes de actitudes y de vínculos.

Los conceptos señalados se derivan algunos supuestos o principios de la participación:

- La participación no es algo que se conceda.
- No se participa en abstracto, sino en algo y para algo.
- La participación deja huellas, no es vacía ni carente de sentido.
- Se da en cualquier esfera de la vida social.
- Transcurre en una relación de horizontalidad y no de verticalismo.
- Hay que pensar y concebir la participación y promovería en términos de proceso de construcción social en el que facilitan aprendizajes. (Lavin A, 2008, p. 102)

  Según Ander Egg (2008):

Existen tres condiciones básicas para la participación:

- Proporcionar instrumentos para la participación a fin de que la gente sepa como participar y realizar las actividades que supone esa participación. Y llegado el caso. Desempeñar funciones de gestión y dirección. Para ello hay que saber aplicar técnicas grupales, planificar, actividades, organizar el trabajo, administrar organizaciones, etc.
- Institucionalización de los mecanismos de participación. O sea que no dependen solo de la buena voluntad y al mismo tiempo que no se burocraticen.
- Que se aporten elementos de información para saber de qué se trata, que es lo que pasó, añadir elementos de reflexión teóricos para dar significación a la participación en cuanto a lo que hace a su intencionalidad. (p.66-67)

La participación comunitaria constituye un proceso que se inicia cuando profesional y comunidad, desde sus lugares, saberes y poderes se relacionan para construir el saber social. Al ser este un proceso de investigación acción esta participación tiene la particularidad de ser

transformativa, de conducir a nuevos descubrimientos y al planteo de alternativas de cambio.

La cooperación ha sido entendida como la forma de interacción social de dos o más actores o individuos que persiguen los mismos objetivos, es decir trabajando juntos para lograr un mismo fin, con acuerdos tomados en un clima de consenso y respeto mutuo.

La cooperación representa una vía de socialización a sus distintos niveles y condiciones, lo cual propicia las capacidades individuales y colectivas necesarias para el desarrollo de una sociedad regida por principios de justicia social.

Desde esta perspectiva la cooperación potencia los procesos de desarrollo y de socialización, y al no existir procesos de cooperación evidentemente se observan procesos de desintegración y en escala fragmentado res

.

La cooperación es la colaboración social dentro de la acción conjunta en que se integra el aporte individual y particular a la actividad de la colectividad. Ella expresa la lógica de la acción del sujeto colectivo en la actividad comunitaria donde los aportes que se producen desde las acciones individuales engendran una fuerza conjunta superior a la que de los individuos que la componen. Tal superioridad viene dada por no es la suma de partes homogéneas, sino la integración de la diversidad proveniente de una diferenciación estructural de cada particularidad involucrada (como tipo social) y de sus manifestaciones personales en términos de singularidad.

Aquí la integración de la diversidad en un sujeto colectivo es posible por aquel elemento estructural de unión del grupo social, la sea la relación de vecindad o la relación vincular del oprimido frene a la opresión, la cooperación es esencial para el grupo como oposición a la competencia en la que el otro siempre está en la posición de adversario.

- **Proyecto Comunitario**

Otro rasgo esencial a todo vínculo de carácter armónico de lo comunitario es el proyecto colectivo como proceso donde queda expresados los fines de la actividad. Fines que son planteados a partir del reflejo de la conciencia colectiva, del lugar estructural de los mismos del grupo social dentro del conjunto de relaciones sociales, las contradicciones esenciales que se derivan de ello y las vías funcionales para su actuación práctica. Es por ello que se establece una lógica para las acciones colectivas de su práctica social. De este modo el proyecto contiene direccionalidad a la actividad del sujeto colectivo, y adquieren ambos, carácter comunitario evidente en el estado de madurez del factor subjetivo del grupo social.

El movimiento del factor subjetivo tiene su fundamento material más en el estado del sistema de contradicciones esenciales en que está inserto el grupo que en su lugar estructural, cuya estabilidad solo se ve afectada por las crisis estructurales que ocurren al interior del modo de producción, o por los grandes saltos históricos de transformación revolucionaria de la sociedad, los cuales se producen como resultado a su vez del movimiento del sistema general de contradicciones (las sociales generales y las particulares del grupo) donde hay que lanzar la mirada para explicar el movimiento del factor subjetivo.

Lograr la unidad valorativa y de significación de sentido es lo que convierte el proyecto comunitario en un valor en sí y posibilita su avance en el ideal del autodesarrollo.

ETAPAS DE INTERVENCIÓN DEL AUTODESARROLLO COMUNITARIO

ETAPA 1: INTERCAMBIO INICIAL CON EL SUJETO NECESITADO DE LA ACCIÓN PROFESIONAL.

- **Forma de realización** se puede desarrollar a través de reuniones y dialogar con la entidad o grupo de personas que desde la comunidad expresa la demanda de intervención profesional, como son las personas diabéticas para conocer los hábitos alimenticios y costumbres.

ETAPA 2: EXPLORACION DEL ESCENARIO

- **Forma de realización**

  Se realiza mediante la aplicación de métodos tales como: Entrevistas, Observación participante, encuesta a la población en estudio, mediante una matriz de diagnóstico.

- **Matriz para el diagnóstico participativo**

- Problemas comunitarios: situaciones negativas que afectan a la comunidad.
- Prioridades: Analizar cada problema en relación con efectos e impactos futuros.
- Factores condicionantes: Elementos claves asociados al origen del problema.
- Posibles acciones: Actividades concretas que contribuyen a las soluciones
- Responsables: Encargados de la coordinación de las acciones.
- Periodo de ejecución: Fecha de inicio y término de la actividad

Es necesario precisar que en este proceso investigativo llegamos a desarrollar hasta esta etapa, puesto que el proceso en sí de intervención dependerá de la propuesta que se presente a los pacientes diabéticos para poder continuar con las siguientes etapas como interventores comunitarios.

ETAPA 3: PROCESO DE DIAGNOSTICO Y BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

La tercera etapa es el proceso de diagnóstico y búsqueda de soluciones a través de los espacios de reflexión grupal. Teniendo en cuenta los indicadores teóricos elaborados, este momento es fundamental para la construcción de los indicadores diagnósticos de población: "características del modo de vida de una población, relacionados con el problema demandado, sobre los cuales esta no reflexiona y por tanto no hace cuestionamientos." [19] Estos dan cuentan de las áreas que necesitan ser objeto de intervención.

En esta etapa utilizamos el método de grupo de reflexión, mediante le cual podremos investigar la realidad social y nos servirá para la construcción de los indicadores diagnósticos de población.

Las sesiones de trabajo se organizan teniendo en cuenta los momentos de la intervención grupal. El análisis de las sesiones se efectúa en dos direcciones: un análisis temático o descriptivo y un análisis dinámico o interpretativo. En el primero se describen los contenidos y significados de las elaboraciones realzadas por las participantes acerca del tema abordado. El segundo se realiza a partir de los indicadores del cono invertido prepuestos por Enrique Pinzón Riviére, los que permiten explicar elementos subyacentes sobre el contenido de las sesiones y evaluar el proceso de intervención grupal.

- **Forma de realización**

Espacios de reflexión grupal donde se potencia la reflexión crítica sobre las contradicciones que generan los malestares y la construcción de proyectos por los miembros de la comunidad.

ETAPA 4: EVALUACIÓN

La cuarta etapa del proceso de intervención es la evaluación, que tiene dos dimensiones: la evaluación de la eficacia, donde se analiza el cumplimiento de los objetivos propuestos por el programa; y la evaluación de impacto realizada a largo plazo, en la que se valora la transformación real del objeto de investigación.

- **Objetivo**

Lograr la apropiación critica colectiva de los resultados alcanzados en los planos científicos y transformativos.

Forma de realización:

1. **Evaluación de la eficacia**

   El cumplimiento de los objetivos propuestos de los programas de intervención.

2. **Evaluación de impacto**

   El impacto transformador sobre la realidad comunitaria.

- **Producto**

  Informe que se va exponer los niveles de autodesarrollo logrados por problemáticas comunitarias

ETAPA 5: SISTEMATIZACIÓN

Finalmente, la última etapa designada sistematización, persigue, la profundización y valoración crítica sobre el proceso de intervención, desde la acción profesional, los métodos utilizados, hasta los resultados obtenidos, con el fin de perfeccionar los referentes teóricos y metodológicos empleados.

- **Objetivos**

  - Sistematizar las experiencias de investigación y transformación de los espacios grupales.
  - Desarrollar los referentes teóricos a la luz de los resultados de los procesos grupales.

- **Forma de realización**

- Revisión de la documentación de las evaluaciones de los procesos grupales.
- Reflexión teórica de los resultados obtenidos a nivel de regularidades empíricas.

- **Producto**

Informe del proceso de intervención (investigación-transformación

e. MATERIALES Y METODOS

Teniendo en cuenta los presupuestos teóricos abordados, los cuales se constituyeron en directrices referenciales en la búsqueda de respuesta al problema científico planteado, así como las tareas de investigación realizadas para su cumplimiento, se concibió la investigación desde un paradigma mixto, cuali-cuantitativo, en el que se combinaron de forma enriquecedora el análisis cuantitativo de los resultados y valoraciones cualitativas de la información obtenida a partir de los instrumentos de recogida de datos utilizados.

Desde esta perspectiva, se decidió realizar un estudio descriptivo de tipo transversal tomando como objeto de análisis los pacientes con diabetes tipo II que viven en la Parroquia Malacatos que acuden al SC de salud de Malacatos y que se encuentran diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II.

MATERIALES

Los materiales utilizados en la presente investigación fueron:

- Salón de la junta parroquial
- Mobiliario acomodo para los participantes
- Proyector
- Entrevistas
- Cuaderno de apuntes
- Esferográficos
- Marcadores
- Computadores
- Impresora
- Memoria USB
- Hojas de papel bond
- Pizarra de acetato
- Paleógrafos
- Infocus

MÉTODOS DE INVESTIGACION

Métodos Teóricos

El principal método teórico que se utilizó en la presente investigación fue:

a) Método Didáctico

Se constituyó la posibilidad de comprender los más diversos fenómenos de la realidad que viven cada uno de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus II. El método didáctico coadyuvo al análisis los fenómenos de la sociedad estudiada y del pensamiento permitió descubrir sus verdaderas leyes y las fuerzas motrices del desarrollo de la realidad, permitió afianzar espacios de autogestión para mejorar su calidad de vida.

A demás se conoció la verdad por medio de discusiones a través de preguntas y respuestas tratando de conseguir el verdadero conocimiento de sus contradicciones, la prevención necesaria y los cuidados que ellos necesitaban.

Como también descubrí sus relaciones internas entre el paciente y externas con los familiares para de esta manera describir el tipo de apoyo que estos brindaron siendo ellos quienes asumen el control del tratamiento insulinico y oral.

Así pues, durante el desarrollo de la investigación fue necesario utilizar los anteriores enunciados que den especificidad o que aludan a la particularidad del propio objeto de estudio.

Métodos Empíricos

a) Análisis de documentos

Se aplicó para la revisión bibliográfica de libros, cartillas y páginas Web, historias clínicas, que permitió determinar los fundamentos teóricos desde

diferentes puntos de vista de varios autores, para analizar el objeto de estudio y su relación con los otros objetos, así como para el procesamiento de la información.

Para facilitar la recopilación de datos se lleva a cabo una entrevista individual y un grupo focal.

Técnicas de investigación

Entrevista Individual

Se la realiza a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus II, la entrevista se aplicó a 100 pacientes; para ello se realizó un formato de entrevista estructurada para la recolección de información, en la primera parte se contemplaron datos de identificación y, en la segunda parte, se consignaron 7 preguntas abiertas acerca de los conocimientos, sobre autocuidado, prevención de complicaciones diabéticas y apoyo familiar.

La entrevista fue de forma individual en un conversatorio solo entre el entrevistador y el entrevistado.

Grupo focal

Se llevaron a cabo dos grupos focales:

El primero se realizó al equipo de Salud del SCS de Malacatos conformado por: médico, enfermeras y odontólogo siendo en un total de 8 miembros que participaron en esta entrevista, se les socializo el proyecto de investigación que se va a realizar con los pacientes diabéticos que acuden al Sub centro de Salud, para tener su colaboración.

El segundo grupo focal se realizó con familiares de los pacientes diabéticos, aquí se levantó información mediante un conversatorio en donde se expuso la necesidad de su intervención en esta investigación

ya que el apoyo familiar es importante para que los pacientes diabéticos mejoren su calidad de vida.

Es así que con los grupos focales que se realizaron se trabajó de la siguiente manera

SESION 1

Presentación

- ✓ Presentación de los participantes
- ✓ Historia de la Diabetes
- ✓ Aspectos generales acerca de la Diabetes
- ✓ Derechos y responsabilidades de las personas con Diabetes

Actividades para la casa

- ✓ Cuestionario del temario de las generalidades de la Diabetes
- ✓ Lecturas dirigidas (reproducción de materiales informativos acerca de la Diabetes

SESION 2

Alimentación

- ✓ Revisión de las actividades enviadas a casa
- ✓ Comentario de las lecturas que se enviaron
- ✓ ¿Porque no puedo comer lo mismo que las personas sin diabetes? Diferencias entre la insulina humana y las comerciales (horarios e intensidad de su acción
- ✓ Tipos de alimento como inciden en el incremento o disminución de la glucemia
- ✓ Cantidad de azucares por tipo de alimento tabla de composición alimentarias

Actividades para la casa

- ✓ Responder temario sobre la alimentación de los pacientes diabéticos
- ✓ Lecturas acerca de la alimentación para las personas q padecen diabetes

De esta forma se continuó con la temático de trabajo en las horas destinadas para las reuniones de grupo.

Los temas que llevaron se trataron:

- ✓ Las grasas y su influencia en la diabetes
- ✓ La Insulina
- ✓ Insulina autocontrol
- ✓ Autocontrol
- ✓ Actividad física
- ✓ Complicaciones agudas
- ✓ Complicaciones crónicas
- ✓ Evaluación al cierre de las temáticas para mediar como se ha logrado incidir en el comportamiento de los pacientes y las familias

METODOLOGÍA DEL AUTODESARROLLO COMUNITARIO

Este trabajo investigativo resalta métodos cualitativos y cuantitativos de análisis, mediante los cuales se estudió y se identificó los estilos de vida y formas de complicaciones de los pacientes diabéticos de la parroquia Malacatos. Proceso que permitió en identificar estilos saludables, frente a una transformación progreso y desarrollo.

Para desarrollar este trabajo investigativo, que es eminentemente de Carácter social, se aplicó tres de las cinco etapas, perteneciente al Autodesarrollo comunitario.

PRIMERA ETAPA: INTERCAMBIO INICIAL CON EL SUJETO NECESITADO DE LA ACCIÓN PROFESIONAL.

Objetivos:

- Conocer la percepción del grupo demandante sobre las características generales de la comunidad, los problemas generales y los escenarios más afectados en el caso de la comunidad de los pacientes diabéticos tipo II de la parroquia Malacatos.
- Iniciar el proceso de captación de emergentes y de formulación hipotética del sistema de contradicciones subyacentes a la problemática comunitaria.
- Acordar el plan inicial se puede desarrollar a través de reuniones y dialogar con la entidad o grupo de personas que desde la comunidad expresa la demanda de intervención profesional, como son las personas diabéticas para conocer los hábitos alimenticios y costumbres.

Esta etapa se inició a través de un encuentro conversatorio con las personas diabéticas Tipo II que acuden al Subcetro de Salud de la parroquia Malacatos. Lo cual generó expectativa para encontrar la verdadera demanda comunitaria, así como aprobación para realizar la experiencia.

El procedimiento de esta etapa se realizó de la siguiente manera:

- Organizar una reunión con el grupo social demandante, ejerciendo el papel de monitor y receptor.
- Socializar la problemática
- Observar la colaboración y participación de la comunidad
- Identificar al sujeto demandante

Una vez que se determinó el sujeto demandante (población), se tomó la decisión precisa y oportuna por aparecer como un monitor

comunitario. Lo cual permitió ya explicar claramente lo que se buscaba.

Para ello fue necesario lo siguiente:

- Se planifico una entrevista individual con las personas diabéticas Tipo II.
- En esta reunión se pudo determinar los impactos positivos y los impactos negativos.
- Así mismo se evaluó los impactos que se iban a ocasionar si la ciudadanía se empoderaba del proceso.
- Una vez escuchado los diferentes puntos de vista de los asistentes, luego de haber analizado el empoderamiento del sujeto demandante en alcanzar dicho propósito.
- Se analiza el contexto real para luego planificar las acciones considerando la posibilidad de tiempos, recursos humanos y financieros.
- Luego se evaluó los posibles riesgos y supuestos; para de esa manera estar preparados y adoptar nuevas posturas o planes interventores.
- Se clausura la reunión convocándoles para la nueva próxima reunión.

ETAPA SEGUNDA: FORMULACIÓN DEL PRE DIAGNOSTICO

Objetivo: captar datos empíricos relacionados con la problemática del demandante y confrontarlos con la demanda formulada y con los referentes teóricos de partida y de esta forma contar con información que permita organizar y planificar los pasos o etapas posteriores para la intervención. En este trabajo para la captación de datos empíricos se utilizó mediante la aplicación de métodos y técnicas como:

a) Análisis de .documentos.
b) Entrevista Individual

c) Grupos focales

Pero el proceso metodológico se realizó de la siguiente manera:

- Se procedió a revisar todos los documentos relacionados con el tema, esto con la finalidad de reunir todos los argumentos necesarios para hacer reflexionar a la gente, sobre lo que ha hecho y está haciendo y de lo ha dejado de ser.
- Se aplicó el método planteado, identificando cada sujeto y teniendo bien claro el objetivo.
- Se explora el escenario (cultura, costumbres, grado de escolaridad etc), pero siempre tomando en cuenta la información primaria y secundaria.
- Se analizó el estado actual de la organización interna, de su sistema de relacionamiento y cooperación.
- Se realizó entrevistas individuales para conocer el nivel de conocimiento de la enfermedad que afecta a cada actor social.

ETAPA TERCERA: PROCESO EN SI DE DIAGNOSTICO Y BUSQUEDA DE SOLUCIONES

Objetivo: Realizar el diagnóstico de la problemática a resolver por parte del demandante y facilitar el proceso correcto.

Forma de realización: Se organiza espacios de reflexión- acción donde se potencia la reflexión sobre las contradicciones que generan los malestares y la construcción de proyectos de autodesarrollo.

- Se consideró importante la autogestión, así como la disponibilidad de tiempo para el trabajo; facilitación de herramientas de índole participativa.
- Seguidamente se construyó el programa de intervención

- Se plantearon los indicadores de diagnóstico (información, reflexión y toma de decisiones). Es decir que se va hacer para potenciar una buena información que favorezca la participación.
- Se potencio la conciencia crítica.

Producto: Propuesta de autodesarrollo comunitario.

CUARTA ETAPA: EVALUACION

La cuarta etapa del proceso de intervención es la evaluación, que tiene dos dimensiones: la evaluación de la eficacia, donde se analiza el cumplimiento de los objetivos propuestos por el programa; y la evaluación de impacto realizada a largo plazo, en la que se valora la transformación real del objeto de investigación. (Egg. A, 2008, p. 43-47).

➢ **Objetivo**

Lograr la apropiación critica colectiva de los resultados alcanzados en los planos científicos y transformativos.

Forma de realización:

1. **Evaluación de la eficacia**

El cumplimiento de los objetivos propuestos de los programas de intervención.

2. **Evaluación de impacto**

El impacto transformador sobre la realidad comunitaria.

➢ **Producto**

Informe que se va exponer los niveles de autodesarrollo logrados por problemáticas comunitarias

ETAPA 5: Sistematización

En esta etapa trata de organizar los resultados de las experiencias y procesos vinculados a la acción profesional de intervención. Persigue la profundización y valoración crítica sobre el proceso de intervención desde la acción profesional, los métodos utilizados hasta los resultados

obtenidos; con el de perfeccionar los referentes teóricos y metodológicos empleados.

Es Importante mencionar que para el caso exclusivo de esta investigación, solo se fundamentó hasta la tercera etapa de la metodología del autodesarrollo comunitario, donde se llega a construir una propuesta “plan de intervención comunitario encaminado a mejorar la nutrición así como los estilos de vida saludables en la comunidad de la parroquia malacatos”.de fortalecimiento. Por lo tanto, la cuarta etapa (evaluación) y la quinta etapa (sistematización), requieren de la necesidad de implementar el proyecto para que sean consideradas estas dos importantes etapas.

f. RESULTADOS

PRIMERA ETAPA: INTERCAMBIO INICIAL CON EL SUJETO NECESITADO DE LA ACCION PROFESIONAL

En la presente investigación el sujeto demandante fueron las personas diabéticas Tipo II, que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Malacatos.

Se realiza la primera reunión con el personal del Sub Centro de Salud de Malacatos, en donde se explica el proyecto de investigación con el cual se va a intervenir, se demostró interés y colaboración por parte del personal, se manifestó interés en el tema ya que el problema de los pacientes con DMTII, son una sección importante de la parroquia Malacatos, manifestaron que sería algo complicado la convocatoria a las familias y a los pacientes diagnosticados.

Se realiza la primera reunión con los pacientes que padecen, diabetes tipo II, en donde se explicó el proyecto de investigación con el cual se va intervenir, unos pacientes demostraron poco interés, al principio, conforme pasaba el tiempo se pudo conocer que los pacientes diagnosticados con diabetes tipo II, tenían muchas creencias, hábitos, de los cuales no se podía cambiar tan fácilmente, ya que para ellos creían que todos los alimentos que contenían azúcar eran dañinos para su salud.

Y otros no sabían que alimentos eran dañinos para su enfermedad. En las próximas reuniones se logra incrementar la asistencia de pacientes y el interés por que se les informe de los procesos que ocasiona y desencadenaría en una persona discapacitada, se concientizó a través de videos sobre las complicaciones.

En las reuniones posteriores se los cito 3 veces a la semana a los pacientes diabéticos tipo II, en el Subcentro de Salud, se realizó la entrevista individual, luego acudieron al control médico.

Se realizó la tercera reunión con los familiares de los pacientes diabéticos tipo II, unos manifestaron que trabajan y otros demostraron poco interés por el cuidado del familiar diabético. Se concientizo explicando las causas de esta enfermedad.

Finalmente se identificó la necesidad primordial de la comunidad y se obtuvo el alto grado de empoderamiento para lograr el éxito de este objetivo. Se acordó intervenir entonces en la comunidad, para atender esta problemática por lo que luego de varias visitas y entrevistas con los pacientes y los familiares, solicitaron a la aspirante brinde orientaciones profesionales para llevar adelante la intervención y brindar un mejor estilo de vida es decir vivir mejor con la enfermedad

SEGUNDA ETAPA : EXPLORACIÓN DEL ESCENARIO.O FORMULACIÓN DEL PREDIAGNOSTICO

El objetivo de esta etapa fue el de captar datos empíricos relacionados con la problemática del demandante y confrontarlos con la demanda formulada y con los referentes teóricos de partida, se realizó mediante la aplicación de métodos y técnicas tales como: análisis documental, entrevista individual, grupos focales.

Se captaron los siguientes datos empíricos que permiten relacionar la problemática de los sujetos implicados a través de los siguientes métodos y técnicas:

- Análisis de Documentos

La misma que basada en el estudio de los materiales audiovisuales, libros etc. Y se analizó el objeto de estudio

Durante la revisión bibliográfica se constató como medio de educación y comunicación con el grupo social de las personas diabéticas tipo II, en la cual se obtuvo el empoderamiento para impulsar a seguir los procesos de seguimiento y autocuidado poder intervenir satisfactoriamente.

- Entrevista Individual: se realizó a los pacientes diabéticos tipo II mediante un conversatorio entre el entrevistado y el entrevistador, que más adelante se detalla en los cuadros estadísticos los resultados
- Grupo Focal: El primero se aplicó como método empírico al personal médico donde se pudo identificar cuáles son los problemas que no les permite llevar un mejor estilo de vida a la población diagnosticada con diabetes Tipo II.

El personal médico manifestó su agradecimiento por haber considerado a la parroquia Malacatos para la ejecución de este proyecto, y a la vez felicitando a la investigadora por la iniciativa que ha tenido para con este grupo vulnerable, recalco el Director de la Unidad de Salud, en representación del personal la predisposición y colaboración en cuanto a las actividades que se planificaron y ellos puedan cooperar sin que esto les desvincule de sus actividades de atención.

El segundo grupo focal: se aplicó a los familiares de los pacientes diabéticos tipo II. Con el objetivo de conocer cuál es el estilo de vida que ellos mantienen y si asisten a los controles médicos periódicos.

Comentaron algunos de los familiares que en la mayoría de sus familias que padecen esta enfermedad están informados y saben cuáles son los cuidados que deberían tener para mantenerse con la enfermedad, otros manifiestan que pese a conocerla y a recibir continuamente información no lo ponen en práctica y que esperan con esta intervención con la comunidad, se mejore la calidad de vida o el estilo de vida de las personas que padecen de diabetes tipo II.

Es así que con los grupos focales que se realizaron se trabajó de la siguiente manera

Resultados

Los resultados que enunciamos a continuación, producto de la intervención en el colectivo Diabéticos Tipo II son plasmados de acuerdo

a los objetivos propuestos en esta investigación, los mismos que fueron obtenidos durante el desarrollo de la investigación – intervención, y los detallamos a continuación:

1. Fundamentar de manera organizada los referentes teóricos que permitieron contribuir al proceso de educación y comunicación al colectivo Diabéticos Tipo II que existen en la Parroquia Malacatos, para mejorar los estilos de vida saludables y permitirles desarrollar formas de prevención en lo que se refiere a complicaciones de los pacientes que padecen este tipo de morbilidad, tomando como premisa el enfoque del autodesarrollo comunitario.

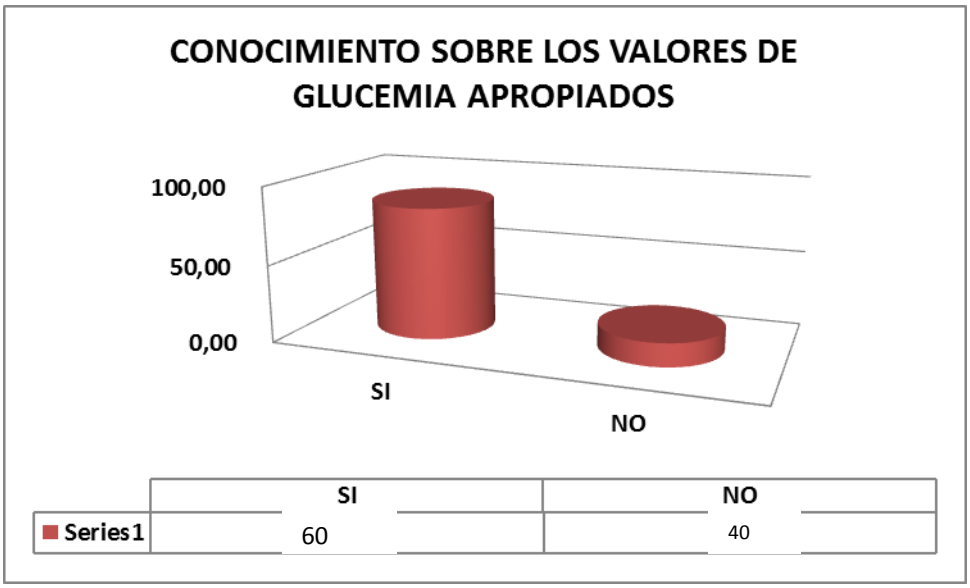
Para el logro del primer objetivo hemos fundamentado científicamente y con hechos basados en evidencia sobre la diabetes mellitus tipo II, complicaciones así como también los estilos de vida saludables para los pacientes diabéticos; todo lo cual se encuentra a nivel de la revisión literaria.

2. **Identificar los estilos de vida de los usuarios afectados por Diabetes Tipo II**

En el desarrollo de la investigación y el accionar conjunto con el grupo intervenido, los usuarios mostraron una conducta de cooperación ya que su participación implica un rol esencial en el desenvolvimiento real y compartido de sus malestares fisiológicos, por lo que enunciamos lo siguiente:

FIGURA 1

1. ¿Conoce usted acerca de los valores apropiados de glucemia? ***Anexo 1, entrevista 1.***

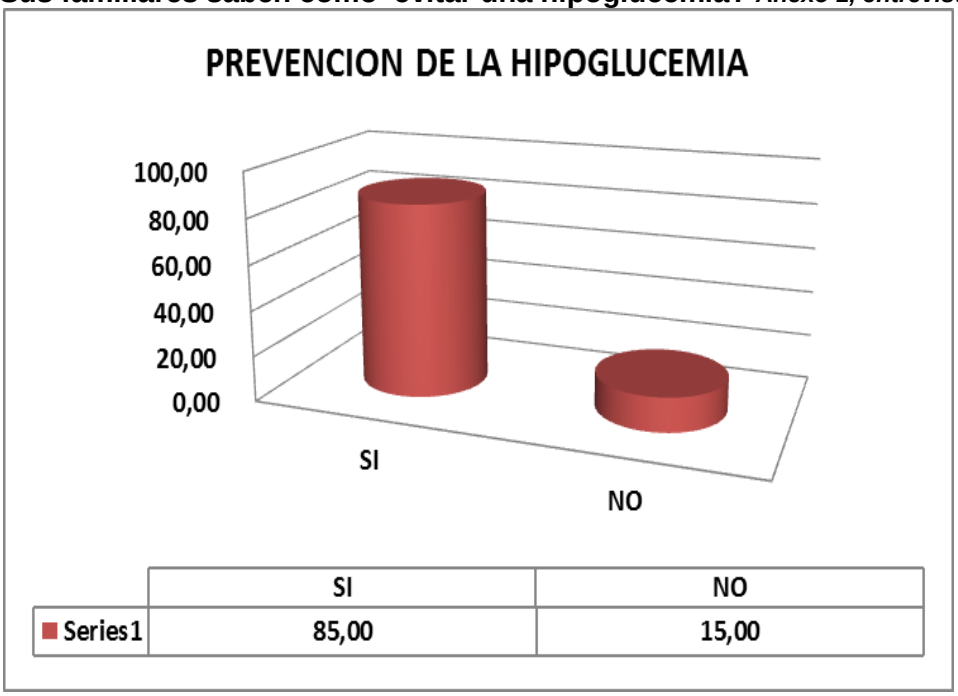


FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.
ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

De los pacientes entrevistados y cómo podemos observar en la Figura 1 que el 60% tienen conocimiento de los valores de glucemia indicando que estos no deben de ser inferiores a 70mg/dl ni mayor a 120mg/dl; mientras que el 40% de los pacientes no sabe que es la hipoglucemia ni conoce acerca de los valores referenciales normales; datos similares obtenidos en la entrevista grupal realizada al personal médico los mismos que indican que la hipoglucemia es una complicación consecuente a una administración excesiva de insulina, una ingestión deficiente en calorías o un incremento de la actividad sin concordancia con la dieta; sin embargo el paciente no conoce por lo que es importante educar al paciente a reconocer los signos y síntomas de este trastorno.

FIGURA 2

2. ¿Sus familiares saben cómo evitar una hipoglucemia? ***Anexo 1, entrevista 1.***

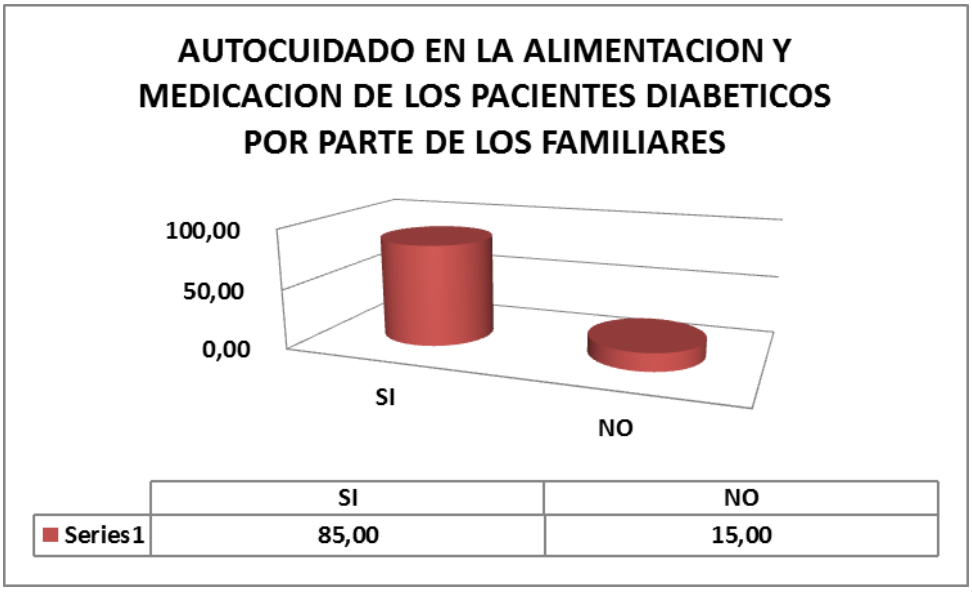


FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.
ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

El 85% de los pacientes entrevistados indican conforme en la figura 2, que sus familiares ayudan a la prevención de una hipoglucemia es decir la baja de azúcar en la sangre en el paciente diabético administrando adecuadamente la medicación así como proporcionando un café cargado o caramelos cuando el paciente se siente decaído; y el 15% de pacientes manifiestan que sus familiares desconocen que acciones realizar para prevenir la hipoglucemia. En la entrevista grupal el personal médico indica que aunque constituyen este grupo minoritario corre un verdadero riesgo para el paciente diabético ya que el actuar de inmediato frente a una hipoglucemia puede salvar hasta la vida

FIGURA 3

3. ¿Existe auto cuidado en la alimentación y medicación por parte de sus familiares? ***Anexo 1. Entrevista 1***



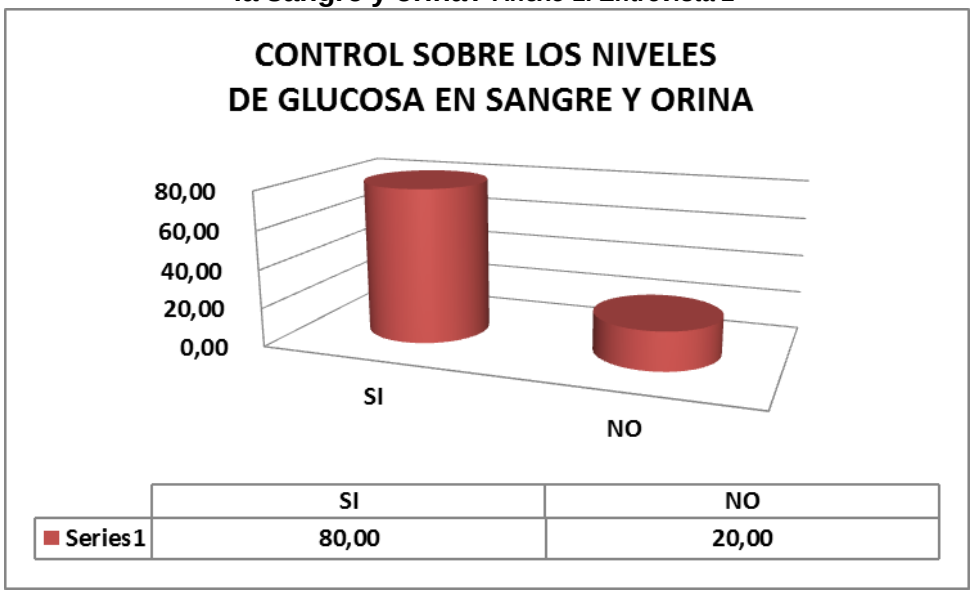
FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.

ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

En un 85% de los pacientes diabéticos conforme lo indica la figura 3, existe un buen auto cuidado en la alimentación ya que sus alimentos se basan en verduras, vegetales y alimentos bajos en grasa y poco consumo de azúcar (miel, panela, etc.) y además toman su medicación como índica la prescripción del médico; mientras que el 15% señalan no existir colaboración ni autocuidado en su alimentación como en la ingesta responsable de la medicación de manera que tienden a ser propensos a sufrir más rápidamente complicaciones y por ende tienen una baja calidad de vida. Siendo estos datos corroborados por parte del personal médico.

FIGURA 4

1.- ¿Su familiar diabético colabora para el control de niveles de glucosa en la sangre y orina? ***Anexo 1. Entrevista 2***

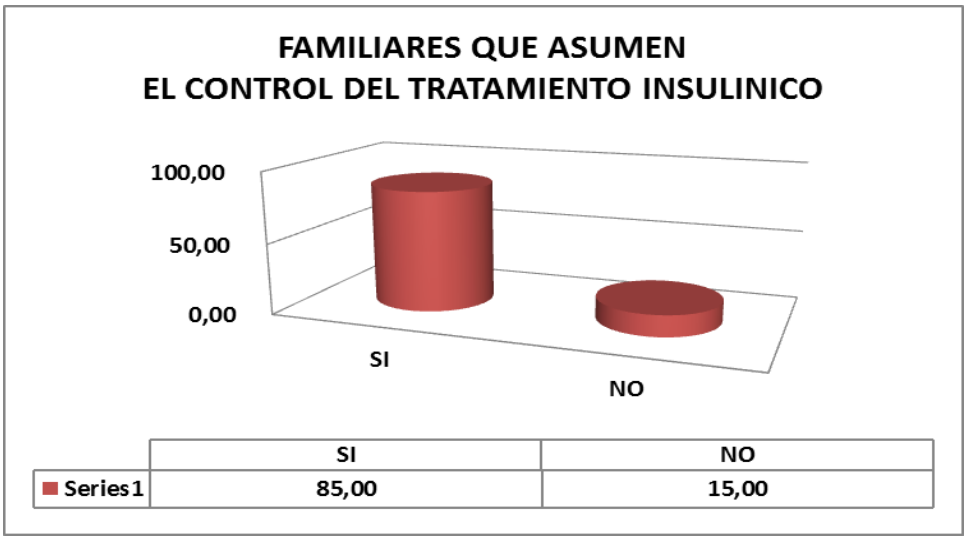


FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.
ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

De los resultados obtenidos de la entrevista individual realizada a los familiares, y según figura 4 se puede analizar que el 80% de los pacientes mantienen un control de sus niveles de glucosa es decir que llevan al familiar diabético al laboratorio para los exámenes correspondientes siendo esto de mucha importancia porque como señalan los pacientes se sienten apoyados e indican que no son un inconveniente para sus familiares sino más bien sienten un apoyo incondicional; mientras que el 20% no lo hacen por descuido tanto de los familiares como por parte del paciente, señalan que no se acuerdan de realizare los exámenes así como no tener tiempo. Datos que por parte de la entrevista grupal realizada al personal médico son idénticos y señalan que es de vital importancia este control para evitar posibles complicaciones; además indican no sentirse del todo contentos porque existe un 20% de pacientes que no se realizan los exámenes complementarios constituyendo un riesgo ya que no se puede valorar el estado renal del paciente siendo esta una de las complicaciones más grave.

FIGURA 5

8. ¿Considera usted que los familiares asumen el control del tratamiento del paciente diabético con insulina? ***Anexo 1. Entrevista 3***



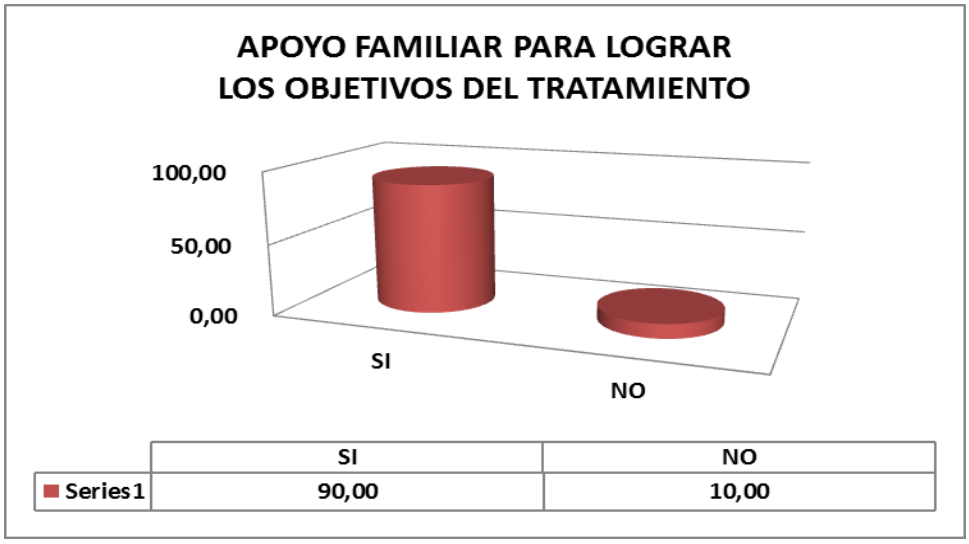
FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.

ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

De la entrevista realizada conforme a la figura 5 podemos observar que el 85% de sus familiares si colaboran en el control del tratamiento de insulina mientras que el 15% manifiesta que sus familiares no les colaboran. Los familiares de los pacientes diabéticos, indican que la administración de la insulina en un inicio les resulto un poco complicada pero con el pasar del tiempo han cogido más práctica de manera que administran las unidades adecuadas a la hora indicada; los familiares que no colaboran con el control del tratamiento de insulina refieren que tienen temor a ponerles mal la inyección. El personal médico en la entrevista grupal tienen una percepción similar al no administrar las unidades de insulina adecuado se corre un riesgo importante ya que muchos de los pacientes se encuentran dentro del grupo etario del adulto frágil siendo así que tanto por su edad como por su desconocimiento no pueden seguir un tratamiento adecuado ya que no se pueden suministrarse las unidades de insulina necesarias y muchas por olvido no se inyectan a las horas pertinentes, potenciando de esta forma a sufrir complicaciones antes mencionadas.

FIGURA 6

4. ¿Existe apoyo por parte de su familia para lograr los objetivos del tratamiento? ***Anexo 1. Entrevista 1***



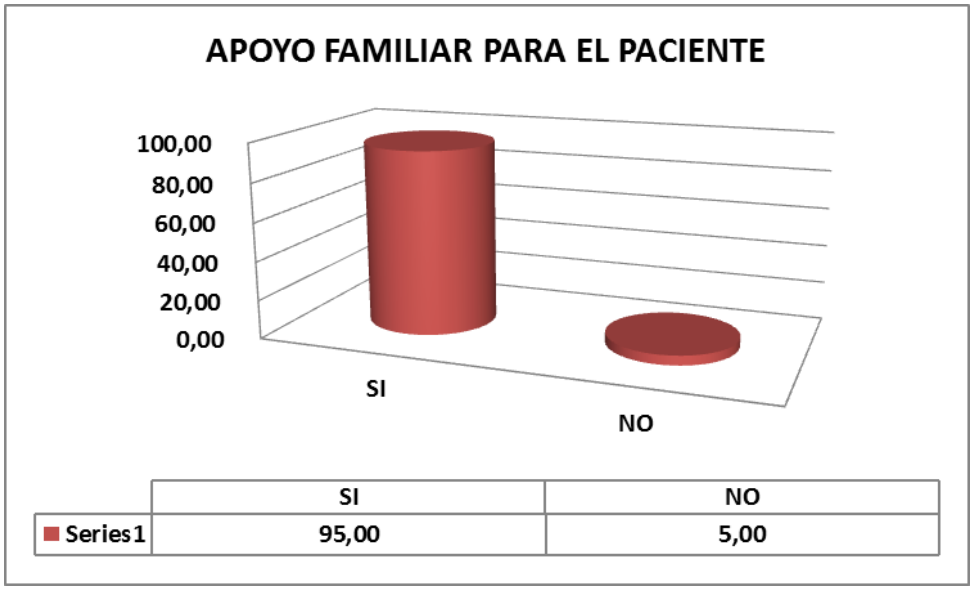
FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.

ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

Como resultado de la entrevista individual realizada a los pacientes podemos observar en la figura 6 que el 90% cumplen con el tratamiento prescrito; siendo una gran mayoría de la cual se puede asegurar que existe un bajo riesgo de sufrir complicaciones en lo posterior, indicando los pacientes que el tomar la medicación es mucho más fácil que la administración de la insulina y que además como la medicación la reciben del SCS es por eso que su tratamiento es constante y eficaz. Mientras que el 10% de pacientes, manifiestan que no siguen un tratamiento de forma adecuada ya que los gastos que genera el tratamiento de la diabetes son altos, y que en ocasiones ni la salud pública tiene la medicación. Estos porcentajes se los encuentra de la misma manera en la entrevista grupal realizada al personal médico considerando al grupo minoritario los pacientes como un grupo vulnerable ya que por su misma condición de la enfermedad existe un mayor riesgo de presentarse una complicación en cualquier momento de su vida, las mismas que pueden tener desenlaces fatales.

FIGURA 7

5. ¿Siente el apoyo de su familia frente a las diversas situaciones que conlleva su enfermedad? ***Anexo 1. Entrevista 1***



FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.

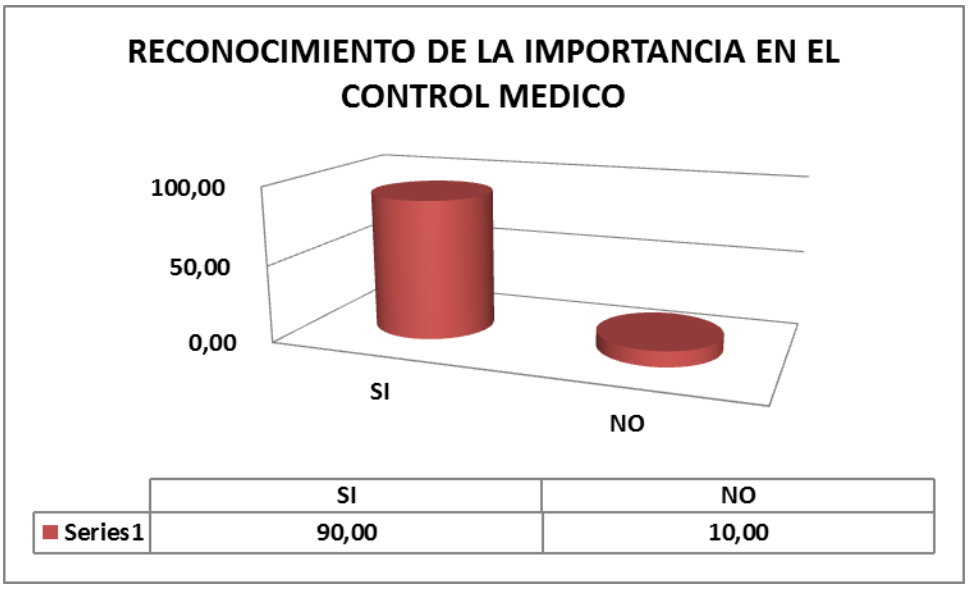
ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

En la entrevista individual realizada a los pacientes conforme figura 7 se puede determinar que el 95 % sienten un apoyo emocional por parte de sus familiares constituyendo esto un pilar importante ya que se considera que la glucemia se incrementa hasta por el estado emocional del paciente; el 5% restantes de los pacientes diabéticos manifiestan no tener ninguna clase de apoyo por lo que muestran una falta de interés en su cuidado y en el relacionamiento con la familia. Estos porcentajes son completamente idénticos a los reflejados en la entrevista grupal realizada al personal médico e indica que este 5% que no sienten apoyo familiar son un porcentaje que aunque no muy significante pues por el impacto que implica las complicaciones de esta enfermedad pues los convierte en una población problema ya que se potencializan sus complicaciones al no sentir un apoyo familiar.

FIGURA 8

4. **¿Considera usted que para el paciente es importante el control médico?**

Anexo 1. Entrevista 2



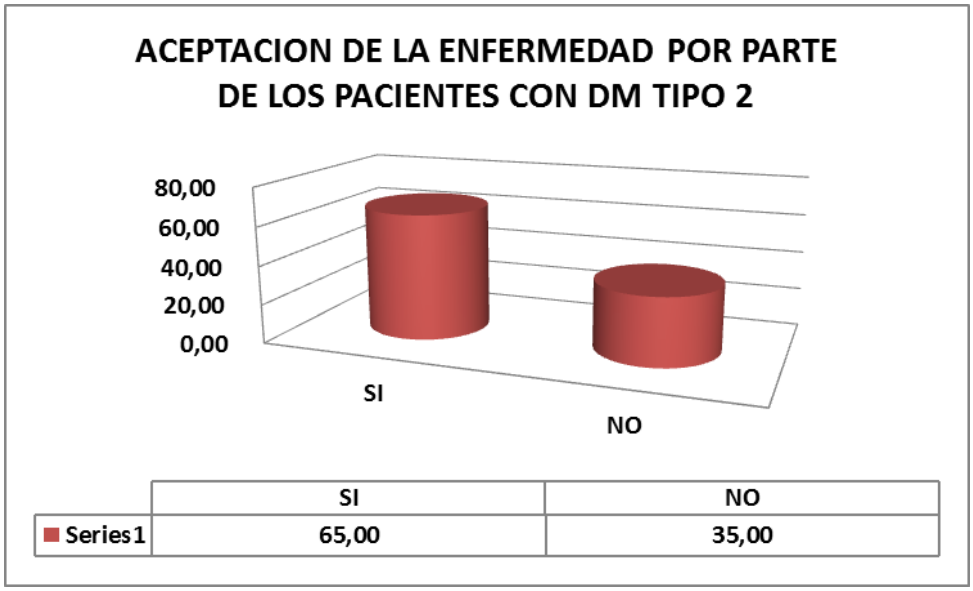
FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.

ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

Según la figura 8 se obtuvo los siguientes resultados a los pacientes diabéticos se puede analizar que el 90% reconocen que es necesario mantener un control médico continuo para mantener una calidad de vida adecuado además valoran el sacrificio de sus familias y sienten el apoyo incondicional; mientras que el 10% no prestan importancia a este requerimiento, manifestando que es una pérdida de tiempo ignorando de esta manera de las complicaciones que se pueden presentar por no tener un control médico adecuado de su enfermedad. El personal médico en la entrevista grupal indica los mismos porcentajes además señalan que es este control médico el pilar fundamental para que los pacientes con enfermedades crónicos generativas tengan una buena calidad de vida a pesar de su enfermedad.

FIGURA 9

6. ¿Cree usted que existe una aceptación adecuada por parte del paciente hacia su enfermedad? ***Anexo 1. Entrevista 3***



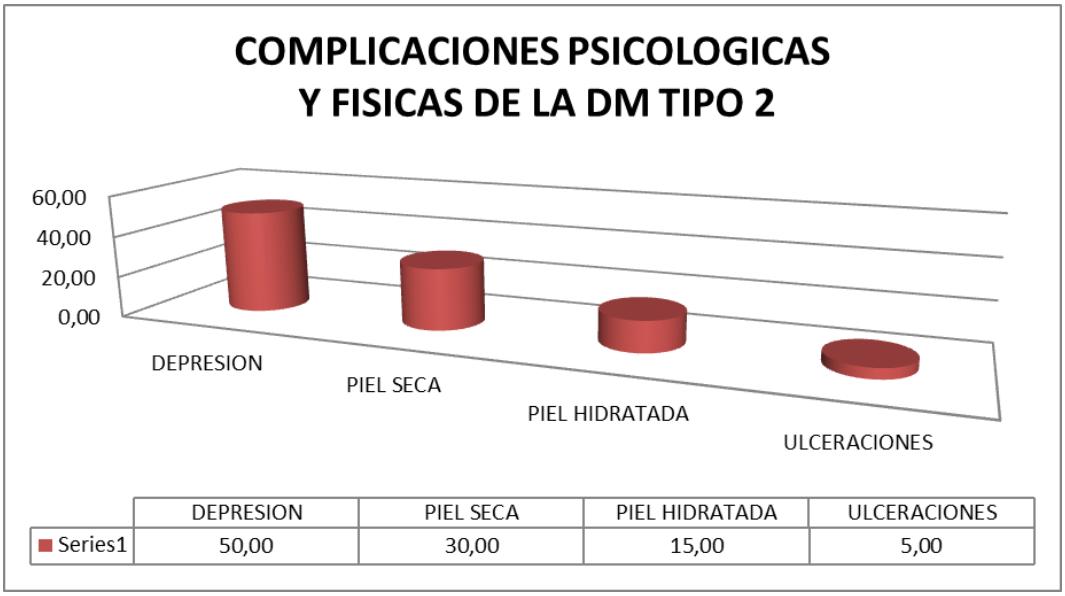
FUENTE: Entrevista realizadas a los pacientes diabéticos que acuden al SCS de la Parroquia Malacatos.

ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

Según la entrevista individual realizad a los pacientes podemos observar en la figura 9 el 65 % presentan una actitud adecuada frente a la diabetes, mientras que el 35% no aceptan su enfermedad. Razón por la cual la implementación del programa de educación trata de minimizar los efectos negativos posibilitando una nueva actitud personal hacia la enfermedad, mediante la incorporación de nuevos conocimientos. Además en la entrevista grupal el personal médico indica que este grupo minoritario constituyen la base para implementar cambios dentro de las políticas de la salud indicando que este plan de trabajo propuesto al ser realizado seria de mucha ayuda para cambiar la mentalidad de los pacientes y sobre todo hacer que su calidad de vida mejore por ende disminuir las posibles complicaciones.

FIGURA Nº 10

13. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuente que se presentan en los pacientes diabéticos que acuden al control? ***Anexo 1. Entrevista 3***



FUENTE: Historias Clínicas del SCS de la Parroquia Malacatos.

ELABORACION: Lucia Muñoz Curay.

3. Complicaciones más frecuentes en los pacientes diagnosticados de diabetes tipo II. En la presente investigación se pudo conocer la percepción del sujeto demandante y sus familiares sobre los conocimientos de las complicaciones y el deterioro que provoca estas enfermedades si se presentan en ellos. Y así poder iniciar el proceso de captación de emergencias.

La adaptación de la familia al tratamiento es importante por lo que los familiares que viven con el paciente necesitan educación al igual que el enfermo. Sin embargo según las figuras, el mayor porcentaje tienen conocimiento acerca de los cuidados para evitar complicaciones mientras que el grupo minoritario refieren no tener este conocimiento. Corroborando el personal médico estos porcentajes ya que indican que en realidad el existe un porcentaje medianamente significativo que desconocen acerca de las complicaciones que se pueden presentar en los pacientes con diabetes siendo este un problema de mediana magnitud

ya que la mayoría de las complicaciones son debido a un mal autocuidado y son progresivas de acuerdo al estado del enfermo; las mismas que pueden llevar a estados fatales atentando incluso en la desintegración familiar.

Los diabéticos son propensos a padecer trastornos mentales menores, tales como depresión o angustia, especialmente derivadas de la cronicidad de su enfermedad de la entrevista realizada al personal médico la mitad de los entrevistados padecen de este trastorno. En cuanto a la integridad de la piel los pacientes presentan sequedad de la piel, piel hidratada; y, ulceraciones por lo que es sumamente importante educar sobre la hidratación de la piel para evitar su resequedad e infecciones. Según se pudo observar en las historias clínicas del sub centro de salud, los pacientes con diabetes tipo II presentan las siguientes complicaciones psicológicas (ver figura 10).

El autodesarrollo tiene como premisa la participación, cooperación e implicación, que es en definitiva lo que se persigue para mejorar la dirección colectiva participativa de las familias que tiene en su entorno a Pacientes diabéticos, los habitantes del lugar plantearán problemas y encontrarán ellos las soluciones de aspectos que consideren fundamentales para mejorar su bienestar y encontrar mejores días para su convivir

El autodesarrollo desde su perspectiva es capaz de potenciar este desarrollo pues el grupo que trabajé en la intervención permitió constituirse en el espacio ideal para potenciar la dirección colectiva participativa dentro del aspecto organizativo y comunitario, entendida esta como una cualidad pues constituyen un lugar de sostén y seguridad en la transformación de los individuos

TERCERA ETAPA: DIAGNOSTICO EN SI Y BUSQUEDA DE SOLUCIONES

Una vez identificados los principales problemas, se hace hincapié al objetivo primordial que era el de realizar el diagnóstico de la problemática a resolver por parte del demandante y facilitar el proceso corrector en donde se potenció la reflexión crítica sobre sus contradicciones que generan malestares y la construcción de proyectos de autodesarrollo por los miembros de la comunidad y como producto de esto se obtuvo la "Propuesta de autodesarrollo comunitario", dando como resultado e identificando los siguientes:

- Desinterés de conocimientos acerca del cuidado de los pacientes diabéticos.
- Falta de interés, participación, colaboración e involucramiento de las familias en temas relacionados con cuidado del paciente diabético.

Además esta intervención que se va a realizar tiene una gran significación pues permite al investigador el incremento directo con la comunidad, a través de las actividades elaboradas por el grupo, las cuales devienen en propuesta de soluciones a la problemática como es de débil participación colectiva participativa de las familias de la parroquia Malacatos.

PROPUESTA

TITULO

“PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO ENCAMINADO A MEJORAR LA NUTRICION ASI COMO LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA COMUNIDAD DE LA PARROQUIA MALACATOS”.

LOCALIZACION GEOGRAFICA

Geográficamente se encuentra ubicada entre las siguientes coordenadas:

Longitud: 684123 a 710009 Este

Latitud: 9526392 a 9545411 Norte

Altitud: 1400 a 3600 msnm

La parroquia Malacatos se ubica al Sur de la República del Ecuador, pertenece a la Región 7, Provincia y cantón Loja. Limita:

Al Norte por la parroquia urbana San Sebastián del Cantón Loja y parroquia rural El Tambo del cantón Catamayo.

Al Sur por la parroquia rural San Pedro de Vilcabamba;

Al Este por el cantón Palanda provincia de Zamora Chinchipe; y

Al Oeste por la parroquia rural Purunuma del cantón Gonzanamá y una pequeña parte del cantón Quilanga.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

Malacatos con su Capital Valladolid, es una de las Parroquias más antiguas del Cantón Loja, se caracteriza por su extraordinaria policromía y constituye un gran atractivo turístico; en él ha sido posible apreciar de forma generalizada la longevidad de sus habitantes.

El significado de la palabra Malacatos proviene del nombre del grupo indígena de los *“MALACATUS”* quienes vivían en el sector al momento de la llegada de los españoles, de allí el nombre de la parroquia. Según algunos autores este asentamiento se encontraba en el sector de Belén, sin embargo hasta ahora no se ha encontrado vestigios que den cuenta

de esta aseveración, eclesiásticamente recibe el nombre de San Felipe de Malacatos. Se constituyó en provincia en los años 1604 – 1690 con el nombre de Valladolid.

Sus Fiestas Cívicas se conmemoran el 24 de febrero de 1822 al celebrar la Independencia Política de Malacatos

Sus Fiestas Religiosas: Se realizan el mes de agosto en Honor al Señor de la Caridad, siendo su principal día el 30 de agosto.

La parroquia está conformada por 8 barrios urbanos, 27 barrios rurales y 14 caseríos, entre los que tenemos:

URBANOS: La Recta, El Vergel, El Retorno, Santa Anilla, Trinidad, Taxiche, Ceibopamba, El Cementerio.

RURALES: Tres Leguas, Rumishitana, Granadillo, Potopamba, Nangora, Chorrillos, Landangui, Prado, Naranjo Dulce, Cavianga, El Carmen, El Sauce, Belén, Palandita, San Francisco Alto, San Francisco Medio, San Francisco Bajo(La Florida), Calera, La Granja, Picotas, El Pedregal, Saguaynuma, Naranjo Dulce, Santo Domingo, San José de Ceibopamba, Santa Cruz, Santa Ana.

CASERÍOS: Mishquiaco, Los Lirios, El Mirador, La Era, Santa Gertrudis, El Porvenir, Yamba Alto, Yamba Bajo, Orta, El Naranjo, Prado alto, San José de las Peñas, Cobalera, Jabonillo.

Cabe mencionar que el acceso a algunos de estos barrios es a través de carreteras de segundo y tercer orden por pavimentar. Mientras que el acceso a aquellos barrios más apartados son por senderos y caminos vecinales, lo que dificulta a los habitantes acudir a la unidad operativa, por la distancia y el tiempo que emplean caminando hasta llegar a su destino.

Actualmente cuenta con una población de 8057 mil habitantes, se conoce que el 25% de la población cuenta con agua potable mientras que el 75% consumen agua entubada así como también no cuentan con alcantarillado en toda la parroquia constituyendo de esta manera un problema ambiental ya que los desechos son enterrados, en pozos sépticos o votados en

vertientes de manera que existe contaminación del suelo como del agua; uno de los mayores problemas de esta población es además la contaminación del aire ya que existe incineración de caña y ladrillos.

Es importante mencionar en cuanto al ámbito de salud que desde la antigüedad que el Médico aborigen, indígena Pedro Leiva, cacique de Malacatos, en 1638 reveló el conocimiento de las virtudes de la quina a un misionero jesuita atacado de malaria, éste encontró el remedio a la fiebre amarilla en la cascarilla localizada en la parroquia Malacatos en la cordillera del Uritusinga, sector Rumizhitana, remedio utilizado hace muchos siglos por los indígenas. Se conoce que con esta medicinal planta fueron curados la condesa Doña Francisca de Rivera, Don Juan López de Cañizares corregidor de Loja en la Real audiencia de Quito entre otros, por ende, se proyectó la fama del comercio de la cascarilla siendo estudiada la quina por algunos científicos.

Durante el año 2014 se brindaron atenciones por morbilidad presentándose en un 20% las parasitosis seguidas de las infecciones del tracto urinario en un 16% y vaginitis en un 6%, existen a su vez una población de 150 usuarios diabéticos y 200 hipertensos los mismos que acuden a la Unidad Operativa para control médico.

En la Parroquia Malacatos a pesar de que ha ido trabajando en el control de las enfermedades infecciosas, se han manifestado otras enfermedades que predominan como las enfermedades crónico degenerativas; por otro lado es de vital importantes señalar la desnutrición en temprana edad lo cual constituyen un problema de salud de gran impacto puesto que acarrea el desarrollo de enfermedades inmunológicas, y cuando se presenta en edades adultas disminuye la calidad de vida de las personas.

Estas enfermedades puede ser evitables y si se detectan a edades tempranas pueden ser controladas, pero debido a la falta de recursos en algunos casos y el difícil acceso a la unidad de salud han ido ocupando espacio convirtiéndose en un gran problema para la comunidad.

Finalmente es muy importante dar a conocer a la comunidad que los estilos de vida saludables, son la base fundamental para prevenir enfermedades y mantener un buen estado de salud, además mejoran la calidad de vida tanto del individuo enfermo como el de sus familias; pero no solo se encuentra beneficio individual sino también fortalece la participación comunitaria, su involucramiento es de vital importancia ya que soy ellos quienes viven las limitantes que se presentan en cada una de sus comunidades.

ANTECEDENTES

El ser humano es un ser holístico, biopsicosocial y espiritual, que siente padece y que actúa de acuerdo a su realidad, al integrarlo al especialista en Medicina General Integral o Médico de Familia por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), señala una etapa cualitativamente superior en la atención primaria de salud, donde el médico y la enfermera, trabajan directamente en la comunidad brindando la más cercana y estrecha atención médica integral, allí donde la intimidad y la confianza se toman de las manos, el equipo básico de trabajo ejecuta una labor de promoción de salud y prevención de enfermedades, sin dejar de la mano las tareas de curación y rehabilitación tan necesarias.

La alta incidencia de pacientes con diabetes mellitus tipo II y la falta de conocimientos que se observan para prevenir la enfermedad y sus complicaciones; es necesario que se orienten y se creen grupos de apoyo en las comunidades, que promocionen como prevenir la diabetes mellitus tipo II, a través de los factores de riesgos modificables, como debe ser tratada y cómo prevenir complicaciones que pueden causar desde incapacidad hasta la muerte; con frecuencia, se encuentran grupos que se desempeñan en la comunidad con el objeto de dar un carácter efectivo a la participación comunitaria en la ejecución de un proyecto o plan.

Observándose que la participación comunitaria es una tarea en que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales, la comunidad

y otras agrupaciones participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la salud lideradas por el sector salud.

Por otra parte el consumo excesivo de azúcar, este es uno de los primeros consejos que se dan a la persona afectada de diabetes tipo II, en la medicina convencional es un tema controvertido, pero los estudios muestran que la disminución o eliminación de azúcar en la dieta en muchas personas es difícil controlar la cantidad de azúcar ingerida ya que incluso las personas que dicen que no la toman eliminan bastante cantidad de azúcar (glucosa) por la orina por lo que se hace difícil llevar a cabo un estudio de la cantidad que ingieren, se puede decir que los ejercicios / sedentarismo físico moderado tiene unos efectos sobre los niveles de glucosa en la sangre.
El planteamiento surge como respuesta a la inadecuada manipulación de los estilos de vida saludable lo cual genera el aumento de los casos de diabetes tipo II que se presentan en la actualidad en los habitantes de la parroquia Malacatos, de igual forma mejorar la calidad de vida y la participación de los usuarios dentro de las organizaciones comunitarias.

La investigación se fundamentará en un estudio proyecto factible, apoyado en un tipo de investigación de campo, nivel exploratorio, que corresponde a la elaboración de proponer un modelo operativo viable para dar solución a los problemas, requerimientos o necesidades de la comunidad orientado a la promoción estilos de vida saludable en prevención de complicaciones de la diabetes tipo II.

Atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales ambientales y étnicos, en la comunidad de la Parroquia Malacatos se ha producido un aumento evidentemente relacionado con patrones diversos

que van desde la alimentación inadecuada, hábitos tóxicos y el sedentarismo.

Esto es aún más evidente si se considera el hecho que más de un 50% de los pacientes, cuando buscan atención médica por diabetes o son detectados por el equipo de salud, en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blanco, (específicamente ojos, piel, etc.), lo que se explica en parte por ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, de ahí su connotación de "asesino silencioso". En este sentido, las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben; por el contrario, los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos económicos.

Durante la entrevista realizada a los diabéticos de la comunidad, éstos refieren déficit de instalaciones deportivas y de recreación, lo cual induce a inactividad física y sedentarismo, se observar, el hacinamiento demográfico estos indicadores, son causa de trastornos del sueño, irritabilidad y estrés; lo cual incide directamente en posibles complicaciones de la diabetes, a la vez, esto produce en la población adulta ausentismo laboral, aumento en los costos de salud y por ende, deterioro de la calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

La ausencia de prevención y promoción de la salud, ha desencadenado un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, dislipidemia provocando que tanto el recurso físico, como humano sea insuficiente para brindar la atención oportuna y de calidad a la población con la consecuente insatisfacción de los usuarios.

Por lo anterior, es necesario establecer como proceso prioritario programas de Capacitación y Seguimiento que promuevan el conocimiento y desarrollo de estilos de vida saludable entre los usuarios, orientada a resolver el problema de salud pública causado, entre otras cosas, por el sedentarismo, inadecuada alimentación y el estrés.

Además, se requiere de una actualización permanente por medio de la Capacitación y la Formación acorde con las necesidades de prevención, promoción y atención de los habitantes de la Parroquia Malacatos.

Es en la parroquia de Malacatos en el que trabajamos, la zona básica de salud, donde tenemos la responsabilidad como profesionales de atención primaria de salud de asumir la promoción de la salud.
Cuando hablamos de promover la participación comunitaria tenemos que pensar en un proceso dinámico en el que una parte de la población va asumiendo parcelas de poder que tiene que ver con sus intereses y necesidades, entre otras la de salud.

En este trabajo se pretende mejorar la calidad de vida de la población adscrita al Centro de Salud de Malacatos, al promover los estilos de vida saludable, con ello prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas que son prevenibles identificando factores de riesgo asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo o inapropiado de alcohol inactividad física, obesidad, dieta inadecuada. Factores de riesgo modificables y vulnerables a estrategias de intervención, que intercepten la historia natural de la enfermedad ya sea evitándola o en caso de ya padecerla lograr intervenir en etapas tempranas en las cuales el daño se está recién iniciando y puede ser aún reversible. En estos grupos una oportuna y eficiente intervención retardaría el curso inexorable de las enfermedades crónicas no transmisibles

PROYECTOS RELACIONADOS Y/O COMPLEMENTARIOS.

En el presente trabajo investigativo se menciona algunos proyectos de pro mejora de la Nutrición y Estilos de Vida saludable

1. Proporcionar información en los medios de comunicación, sobre temas de salud.
2. Organización de talleres sobre la correcta preparación de los alimentos.
3. Programación de dramatizaciones sobre los perjuicios que pueden llevar una mala alimentación.
4. Formación de Huertos familiares.
5. Acordar con los comités locales de salud y autoridades autónomas para pro mejores de la Parroquia Malacatos.
6. Realización de bailo terapia y aeróbicos
7. Implementación de turnos de las cooperativas hacia los barrios aledaños a la Parroquia Malacatos.
8. Recuperación de los juegos tradicionales en los adolescentes.
9. Desarrollo de debates sobre la necesidad de practicar estilos de vida saludables.
10. Organización de talleres de colocación de inyecciones IM y SC.

OBJETIVOS

GENERAL:

Mejorar la Atención Integral de Salud Familiar con participación comunitaria con la finalidad de que la parroquia de Malacatos cuente con una población sana y saludable.

ESPECÍFICOS:

- Fortalecer el Comité de Salud y con ello lograr un mejoramiento de la infraestructura física, equipos y de talento humano para cumplir con los estándares de las normas emitidos en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar.

- Establecer programas que ayuden a mejorar la nutrición y promover estilos de vida saludable para disminuir las enfermedades crónicas degenerativas como son la diabetes e hipertensión.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

METAS

OBJETIVO: Concientizar el interés de la comundad de la parroquia Malacatos para brindarles un estilo de vida saludable.

Modo de trabajo: Metas que queremos alcanzar

- **Proporcionar información en los medios de comunicación, sobre temas de salud.-** Los medios de comunicación juegan un rol importante de esta manera se aprovecharía proporcionando información relacionada con la salud y sobre todo prevención de enfermedades por medio de una buena alimentación y estilos de vida saludables con una prevención del 50% de las mismas.
- **Organización de talleres sobre la correcta preparación de los alimentos.** Por medio de la práctica de lo antes enunciado se podría aprovechas las propiedades nutritivas que poseen cada uno de los alimentos, con la prevención de enfermedades crónicas en un 75%, siendo una buena alimentación la base fundamental de una buena salud.
- **Programación de dramatizaciones enfatizando los perjuicios que pueden llevar una mala alimentación.** Concienciar a la Población de la Parroquia de Malacatos sobre los perjuicios de los malos estilos de vida y la mala nutrición, sobre todo en los grupos vulnerables como: niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con

enfermedades catastróficas y crónicas, con la prevención del 50%.

- **Formación de Huertos familiares.-** Se trabajaría con las familias de la comunidad más vulnerable con mejoras agrícolas en áreas rurales, incluyendo reforma agraria de algunos países, eliminación de cosechas compartidas, mejor acceso al crédito, mejoras en producción animal. Con una prevención del 70%.
- **Acordar con los comités locales de salud y autoridades autónomas para pro mejores de la Parroquia Malacatos. –** Con mejores sistemas de saneamiento y disposición de excretas y basuras; ayudar a la implementación del suministro de agua potable más segura y abundante, Se lograría una mejor relación entre el equipo de salud con los usuarios externos. en un 60%.
- **Realización de bailo terapia y aeróbicos.-** Fomentando la práctica del deporte saludable, dando a conocer que de esta forma se adquiere salud mental y física en todas las edades, esperando el mejoramiento de los estilos de vida saludables en un 70%.
- **Implementación de turnos de las cooperativas hacia los barrios aledaños a la Parroquia Malacatos.** Se ayudaría a que las personas se trasladaran de manera frecuente a la unidad de salud para controles permanentes de su estado de salud, con la prevención de las enfermedades de un 90%.
- **Recuperación de los juegos tradicionales en los adolescentes.-** así como también a la preservación de los valores en las familias ya que este es eje fundamental para el desenvolvimiento en el rol social de la comunidad, con el mejoramiento en un 40%.
- **Desarrollo de debates sobre la necesidad de practicar estilos de vida saludables.** Para mantener estilos de vida

saludables de forma que exista una reducción significativa de la mortalidad en un 40%.

- **Organización de talleres de colocación de inyecciones.-** Se busca mejorar la calidad de vida de los usuarios que padecen enfermedades crónicas degenerativas, especialmente en los adultos mayores en un 80%.

ACTIVIDADES.

- **Proporcionar información en los medios de comunicación, sobre temas de salud.-** por medio de entrevistas radiales a los servidores de salud un día a la semana (miércoles a las 12h00). (Anexo 2)
- **Organización de talleres sobre la correcta preparación de los alimentos.-** Se organizaría talleres y charlas con las amas de casa en las escuelas de los barrios y junta parroquial mensualmente. (Anexo 2)
- **Programación de dramatizaciones sobre los perjuicios que pueden llevar una mala alimentación.-** se realizaría un día domingo aprovechando que la mayoría de los habitantes acuden a misa una vez al mes.
- **Formación de Huertos familiares.-** se coordinaría con profesionales en el área agronómica y presidentes de cada uno de los barrios, y se realizaría mingas con los habitantes de cada uno de los mismos.
- **Acordar con los comités locales de salud y autoridades autónomas para pro mejores de la Parroquia Malacatos.** Gestionar con la GADS y presidentes barriales con la petición de que se les proporcione agua potable así mismo manifestar sobre la recolección adecuada de los desechos.
- **Realización de bailo terapia y aeróbicos.** Gestionar con la GADS, para establecer programas físicos como la bailo terapia, en algunos barrios y centro de la parroquia Malacatos, es una opción saludable y divertida.
- **Implementación de turnos de las cooperativas hacia los barrios aledaños a la Parroquia Malacatos.-** se gestionaría con la Junta Parroquial y las cooperativas que orientan el transporte hacia los barrios más aledaños.

- **Recuperación de los juegos tradicionales en los adolescentes.** Con la coordinación del Presidente de la Junta parroquial y el comité de salud para la realización de los juegos tradicionales un día a la semana.
- **Desarrollo de debates sobre la necesidad de practicar estilos de vida saludables.-** se invitaría al personal médico a debates estableciendo programas de nutrición en los diferentes Centros de los CNH, escuelas, Colegios y barrios.
- **Organización de talleres de administración de inyecciones y otros .-**Se aprovecharía estos talleres para dar conocimiento sobre los valores normales de: glucosa, tensión arterial e índice de masa corporal (IMC) y la colocación de inyecciones, mediante casas abiertas, jornadas médicas, ferias de la Salud, en coordinación en conjunto con el comité de salud y GADS en diferentes barrios de la comunidad para la prevención del sobrepeso, obesidad, de esta manera tener un autocuidado.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	EJECUTOR /RESPONSABLE	FECHA		RESULTADO ESPERADO
		Inicio	Fin	
Proporcionar información en los medios de comunicación, sobre temas de salud	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos.	15/06/15	15/06/16	Se lograra, impartir conocimientos sobre una buena alimentación y estilos de vida saludables.
Organización de talleres sobre la correcta preparación de los alimentos	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos.	18/07/15	18/12/15	Se enseñara los principales nutrientes y el provecho de los mismos para el crecimiento adecuado y el mantenimiento de un buen estado de salud.
Programación de dramatizaciones sobre los perjuicios que pueden llevar una mala alimentación	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos.	05/08/15	26/1213/16	Concienciar a la población sobre los perjuicios de la mala alimentación.
Formación de Huertos	Comité de Salud	08/08/15	25/06/16	Se logrará promover la salud en cuanto a la modificación de los estilos de vida y el buen

familiares	Equipo de salud del SCS de Malacatos.			aprovechamiento de los alimentos cultivados sin fertilizantes.
Acordar con los comités locales de salud y autoridades autónomas para pro mejores de la Parroquia Malacatos	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos.	03/06/15	10/06/16	Reforzar las obras en los barrios más necesitados de la Parroquia Malacatos.
Realización de bailo terapia y aeróbicos	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos.	05/06/15	16/06/16	Ayudar a mantener un buen estado de salud.
Implementación de turnos de las cooperativas hacia los barrios aledaños a la Parroquia Malacatos.	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos.	15/10/15	26/06/16	Se establecerá un acuerdo con el comité local de salud, líderes comunitarios y GADS darle continuidad al proyecto de intervención para los estilos de vida saludable
Recuperación de los juegos tradicionales en los adolescentes	Comité de Salud Equipo de salud del	03/10/15	09/01/16	Recuperar la práctica de juegos tradicionales logrando buenos estilos de vida

	SCS de Malacatos			
Desarrollo de debates sobre la necesidad de practicar estilos de vida saludables	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos	10/02/2016	30/06/16	Mejorar los estilos de vida
Organización de talleres de colocación de inyecciones y otros	Comité de Salud Equipo de salud del SCS de Malacatos	14/10/15	19/11/15	Mejorar la calidad de personas con enfermedades crónico degenerativas y sobre todo de adultos mayores

DURACIÓN DEL PROYECTO Y VIDA ÚTIL

La duración del proyecto es de aproximadamente 1 año y la finalidad del mismo es que se mantenga y se dé continuidad así como también cada vez se vaya actualizando ya que el grupo en beneficiarse no solamente es la población que se encuentra ya en riesgo si no la finalidad principal es reducir los índices de morbi-mortalidad en las futuras generaciones.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios corresponden fundamentalmente a los grupos de riesgo como son hipertensos y diabéticos así como sus familias y comunidad en general.

INDICADORES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS

Proporcionar información en los medios de comunicación, sobre temas de salud.- Radio Reina del Cisne, 1 medio de comunicación con una prevención del 50%.(Anexo 2)

Organización de talleres sobre la correcta preparación de los alimentos. Talleres impartidos a las ama de casa, en las escuelas de 10 barrios de la Parroquia Malacatos (Tres Leguas, Rumishitana, Granadillo, Potopamba, Nangora, Chorrillos, Landangui, Prado, Naranjo Dulce, Cavianga, con la prevención de 75%.(Anexo 2)

Programación de dramatizaciones enfatizando los perjuicios que pueden llevar una mala alimentación. Dramatizaciones sobre los perjuicios de una mala alimentación, en el Parque Central de la Parroquia Malacatos, 500 habitantes, con la prevención del 50%.

Formación de Huertos familiares.- Se formaría 5 huertos familiares con las familias de los barrios Ceibopamba, El Carmen, El Pedregal, Saguaynuma y Belén. Con una prevención del 70%.

Acordar con los comités locales de salud y autoridades autónomas para pro mejores de la Parroquia Malacatos. – Con mejores sistemas de saneamiento y disposición de excretas y basuras; ayudar a la implementación del suministro de agua potable más segura y abundante. Interviene Comité de Salud, Subcentro de Malacatos y GADS. Se lograría

una mejor relación entre el equipo de salud con los usuarios externos en un 60%.

Realización de bailo terapia y aeróbicos.- Bailoterapias y aeróbicos, en 7 barrios (La Recta, El Vergel, El Retorno, Santa Anilla, Trinidad, Taxiche, , El Cementerio), esperando el mejoramiento de los estilos de vida saludables en un 70%.

Implementación de turnos de las cooperativas hacia los barrios aledaños a la Parroquia Malacatos. Interviene Comité de Salud, Subcentro de Malacatos y GADS, en Palandita, San Francisco Alto, San Francisco Medio, San Francisco Bajo, Mishquiaco, Los Lirios, La Florida, La Era etc. con la prevención de las enfermedades de un 90%.

Recuperación de los juegos tradicionales en los adolescentes.- Programas culturales, charlas, en el Parque Central de Malacatos, 500 habitantes, con el mejoramiento en un 40%.

Desarrollo de debates sobre la necesidad de practicar estilos de vida saludables. Interviene Comité de Salud, Subcentro de Malacatos y GADS, 1000 habitantes, con una reducción de la morbi mortalidad en un 40%.

Organización de talleres de colocación de inyecciones.- Talleres de colocación de inyecciones, en 10 barrios (El Sauce, San José de Ceibopamba, La Granja, Taxiche, Naranjo Dulce, El Mirador, Prado alto, San José de las Peñas, El Porvenir y Santo Domingo) esperando llegar a la comunidad en un 80%.

IMPACTO AMBIENTAL

El presente proyecto se encuentra dentro de la Categoría 2 ya que es un proyecto que no afecta al medio ambiente ni directa o indirectamente.

AUTOGESTION Y SUSTENTABILIDAD

Los Comités de Salud así como los Líderes comunitarios gestionaran el mantenimiento del programa ejecutado una vez logrado los objetivos a

alcanzar, la gestión se realizara por medio de los GADS e instituciones no gubernamentales.

MARCO INSTITUCIONAL

El presente proyecto será ofertado por el Distrito 11D01 SCS Malacatos, Comité de Salud, GADS, Tenencia Política, Policía, MSP.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	**COMUNIDAD**	**INSTITUCION**	**OTROS**
Proporcionar información en los medios de comunicación, sobre temas de salud	$ 3000	$ 500	Municipio, Policía.
Organización de talleres sobre la correcta preparación de los alimentos	$ 120	$ 150	Municipio, Policía, MIES
Programación de dramatizaciones sobre los perjuicios que pueden llevar una mala alimentación	$500	$ 500	Municipio, Policía, Miembros del Programa Sonrisas alegres.
Formación de Huertos familiares	$1000	$900	Municipio, Policía, MAGAP
Acordar con los comités locales de salud y autoridades autónomas para pro mejores de la Parroquia Malacatos	$2500	$800	Municipio, Policía, GADS de Loja.
Realización de bailo terapia y aeróbicos.	$ 600	$ 500	Municipio, Policía, Párroco de la Parroquia Malacatos
Implementación de turnos de las cooperativas hacia los barrios aledaños a la Parroquia Malacatos	$2500	$1500	Municipio, Policía, GADS de Loja.
Recuperación de los juegos tradicionales en los adolescentes	$1000	$1000	Municipio, Policía, Párroco de la Parroquia

			Malacatos
Desarrollo de debates sobre la necesidad de practicar estilos de vida saludables	$500	$600	Municipio, Policía, Radio Reina del Cisne.
Organización de talleres de colocación de inyecciones	$200	$500	Municipio, Policía, Escuelas Promotoras

g. DISCUSION

El estudio que se obtuvo de la educación diabeto lógica se demostró en bajo porcentaje, como es importante va a formar parte integral del tratamiento de la diabetes. Al incidir sobre una mejor calidad terapéutica mediante el conocimiento y la motivación, dirigido a minimizar en la medida de lo posible las limitaciones que el tratamiento supone en la calidad de vida cotidiana del diabético. Se es necesaria la prevención.

A pesar que este estudio reflejo el nivel de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DMTII. Los datos muestran un porcentaje bajo (23 %), en las áreas evaluadas, pero a pesar de este porcentaje. La continuidad de la educación sobre este grupo poblacional permitirá lograr una mayor comprensión acerca de la necesidad de una nutrición adecuada para brindarles un mejor estilo de vida. En comparación con otros estudios, se realizaron en el Instituto de Oftalmología en Lima, estudios del deterioró de la calidad de vida, es más notorio se presenta en un 50%.

Con esta propuesta se busca brindarle al paciente la información necesaria para hacer buen uso de las herramientas cognoscitivas que se le puedan ofrecer en relación al control de su enfermedad

En el área física, la presencia de ciertos síntomas como calambres, entumecimiento de los pies, dolor, náuseas, pérdida de peso entre otros, indica que el deterioro físico mantiene un avance continuo y progresivo que se manifiesta en la disminución de la capacidad funcional para realizar actividades laborales, familiares o la adaptación a las demandas impuestas en el entorno inmediato.

Respecto al área psicosocial, el deterioro se ve traducido en los aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores y preocupaciones importancia física o psicológica. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes mostró gran ansiedad y estrés ante el avance de la enfermedad, manifestado por nuevos signos y síntomas, molestias físicas, pérdida de peso y reacciones secundarias a los medicamentos, lo cual les hacen pensar que el tratamiento no está funcionando adecuadamente.

Por todas estas situaciones, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan signos leves o agudos en el deterioro de su calidad de vida.

Las características sociodemográficas como el nivel educativo bajo, la edad mayor de 50 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de más de cinco años, son factores de riesgo asociados. Los datos demuestran sistemáticamente en las diversas áreas evaluadas, que el grado de deterioro de la calidad de vida está relacionado con la evolución de la cronicidad de la diabetes, producto del descontrol metabólico y la falta de apego terapéutico.

La estrategia de promoción de la salud a través de la metodología de la educación popular propiciará la participación activa de las familias y pacientes diabéticos en el programa de mejoramiento de calidad de vida para personas con diabetes y sus familias. Otros estudios reportan la participación comunitaria vinculada con la educación en prevención de diabetes con metodologías participativas, sin embargo, estos reportes no señalan que la población se apropie del programa preventivo y en esta intervención el impulso de la participación y la apropiación del programa por parte de las familias será central, en el sentido de que es posible que continúen, a pesar de que los asesores se retiren parcialmente.

En esta investigación refleja un porcentaje del 50% de las complicaciones que han presentado los pacientes diabéticos. Mientras que en el otro estudio realizado en el Hospital de Francia, el porcentaje es el 80%.

La conformación de grupos, así como la promoción de procesos de autogestión, necesariamente lleva implícito el control sobre la toma de

decisiones en diferentes niveles sociales, pero dicha búsqueda y manejo del poder en la mayoría de las ocasiones se expresa a través del conflicto. No obstante, habrá de aclararse que en los contextos micro-sociales (grupos de pacientes diabéticos debido a que ellas son quienes deben hacerse cargo de su salud y bienestar), este hecho no se refirió a una contradicción antagónica; sino a un proceso que involucró desde la confrontación de las partes contendientes, hasta el restablecimiento de nuevas relaciones al interior de los grupo.

A pesar de que aún no se han observado cambios sustanciales en el nivel corresponsabilidad entre los familiares y los pacientes diabéticos, la apropiación de un programa que se propone, por parte de los grupos de mujeres y los procesos organizativos que ellas deberían originar para enfrentar los problemas de salud infantil constituirían un avance fundamental para enfrentar la problemática del padecimiento de Diabetes Mellitus Tipo II. Por los estudios que han reflejado que se realizó

El reconocimiento de los rasgos culturales de la población permitió ampliar el rango de la problemática de salud, abarcando entidades nosológicas que salen fuera del ámbito de la nutrición convencional, pero que ocurren con frecuencia siendo motivo de trastornos físicos y emocionales; con clara influencia en la salud infantil y comunitaria. Ya en otros reportes se señala la necesidad de incluir a los «síndromes de filiación cultural» dentro del análisis de salud de la población con la

finalidad de tener un panorama más real de la situación que viven sus habitantes.

h. CONCLUSIONES

La presente Investigación-Intervención se mostró fortalecida por la participación de un importante grupo humano como son los diabéticos (DMTII), los cuales en función de la generación de oportunidades otorgadas y potenciación de sus capacidades, llegamos a las siguientes conclusiones:

- La Metodología del Autodesarrollo Comunitario, motivó la participación del grupo de personas con diabetes mellitus tipo II (DMTII), ya que se evidenció el protagonismo de ellos en la participación y cooperación durante el desarrollo de la investigación, realizando actividades de promoción de espacios y estilos de vida saludables. Identificar y potenciar factores y condiciones protectoras de la salud.

- El trabajo grupal posibilita la construcción de indicadores diagnósticos de esta población, de lo cual resulta la acción formadora-transformativa y potencia el protagonismo de los participantes en la búsqueda de soluciones a sus problemas.

- La participación activa de la comunidad diabética permitió la interacción con el equipo de salud, permitiéndonos identificar sus estilos de vida, conocimiento acerca de su enfermedad y complicaciones más frecuentes.

- La enfermedad diabética induce a un proceso largo y extenuante de cuidado, que involucra al paciente, a sus familiares y a su círculo laboral.

- Con un conocimiento adecuado a través de la educación continua, el paciente y el familiar nos muestra que es posible la participación de los familiares en las estrategias de prevención de complicaciones y posterior deterioro de los pacientes con DMTII.

- Acerca de los índices de salud podemos indicar que los pacientes tienen conocimiento de la enfermedad en sí, por lo que se evidencia además un buen autocuidado en la alimentación y cumplen rigurosamente con el tratamiento médico, los familiares colaboran con la prevención de complicaciones y brindan un apoyo emocional satisfactorio lo que favorece el control y las complicaciones de la enfermedad, y sus principales complicaciones fueron depresión, piel seca y ulceraciones en mínima cantidad.

i. RECOMENDACIONES

- Las Recomendaciones que hacemos a continuación contribuirán a mejorar el riesgo socio-sanitario de las familias, de cuya cooperación y participación en las acciones educativas y terapéuticas se mejoraran las condiciones de salud para favorecer su desarrollo con enfoque comunitario.
- En la unidad de salud de Malacatos se debe continuar trabajando con la Metodología del Autodesarrollo Comunitario ya que permite la participación activa e incluyente de las personas, además se deben implementar estrategias, y actividades de promoción de la salud como son Ferias, Foros, Talleres, Charlas, etc. en función de prevenir problemas crónico-degenerativos como es la diabetes para promover estilos de vida saludables en toda la comunidad.

- Al ser la DMTII una enfermedad que compromete todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas que la padecen y de toda la comunidad, el Proceso Educativo a través de un régimen de capacitación es fundamental para el tratamiento, por lo que recomendamos se realicen talleres educativos de nutrición y huertos familiares en los que se fortalezca la prevención, control y recuperación de la enfermedad.

- Se deben realizar actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura, de cuya cooperación se realice la captación temprana de pacientes con DMTII, para trabajar en la prevención y/o complicaciones frecuentes de esta patología, mediante campañas informativas y educativas a nivel operativo y extramural.

- Se deben realizar durante las visitas domiciliarias programadas evaluaciones dinámicas, organizadas y continuas del estado de salud de las personas con DMTII, la identificación oportuna de riesgos y/o

daños en individuos, familias, comunidad y el entorno permitirá implementar planes de atención para poder influir en su recuperación y evitar así complicaciones frecuentes que desmejore la calidad de vida de estos pacientes, durante la misma se realizarán también detecciones de personas en riesgo de contraer esta enfermedad.

- Se deberá fortalecer los clubes de diabéticos e hipertensos que servirán de apoyo para promocionar el autocuidado personal, y realizar jornadas de promoción de estilos de vida saludables de acuerdo a las necesidades identificadas a nivel territorial: como promoción de la actividad física, nutrición, derechos del buen trato e inclusión social.

- Incentivar con charlas, talleres educativos a todos los familiares de los pacientes diabéticos y comunidad para que colaboren en la administración de antidiabéticos orales, y realizar talleres sobre colocación de inyecciones para la correcta administración de insulina para ayudar en el correcto tratamiento de la diabetes.

j. BIBLIOGRAFÍA,

1. Documentos en Internet.

Valdés. S, Rojo. G & Sorigue. F, 2007, *Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española (en línea),* Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga, España, disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13109554&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=10&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v129n09a13109554pdf001.pdf, (2013, 14 Septiembre).

Medical Home, 2010, *Diabetes, complicaciones y el impacto en la familia (en línea), Disponible en:* https://medicavrim.com/BlogComentarios.aspx?idTB=44&nomT=Diabetes,%20complicaciones%20y%20el%20impacto%20en%20la%20familia (2013, 15 Septiembre).

Diabetes Self, A. D, 1996. *American Diabetes Association.National Standards for DiabetesSelf-Management Education Programs and American Diabetes Association Review Criteria (en línea).* Diabetes Care, disponible en:

http://www.diabetes.org/DiabetesCare/Supplement/s114.htm (2013, 6 Octubre).

Endocrinologists, A. A.1995*. American Association of Endocrinologists (AACE) (en línea)*, de AACE guidelines for the management of diabetes mellitus, disponible en:

http://www.aace.com/guidelines/diabetes_guide.html. (2013, 12 Noviembre).

2. **Libros y Publicaciones.**

AJM, B. (2004). Diabetes Mellitus and Related disorders.

American Diabetes Association, (2013), Vivir con diabetes.

AnnLavin, 2005. *Diagnóstico, clasificación*, federación de diabetes. Federación de enfermeras.

Anorec, 2010, *Guia de Atencion de Enfermeria para las personas con diabetes*. Madrid Andalucía.

Briceño, J. (2014). *Diabetes Hands, foundations. Berkely*, España: Berkely.

Buse JB, Polonsky KS, Burant C. 2011. *Type 2 diabetes mellitus*. 12th ed. Philadelphia: Pa: Saunders Elsevier.

Cano-Pérez JF, Franch J. (2011). Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. Guía de la diabetes tipo 2.

Salvador G. (s.f.). *Diabetes y embarazo*. Salud y medicinas, Manual de Entrevista Clinica para la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.

Freire, A, 2005, *Criticas a las mediaciones comunitarias*. Santiago de Cuba: Feijó.

Fernández F, C. Ortega M, J.L. Martín, V. Rodríguez, 2013. *DIABETES MELLITUS TIPO 2. EL SEVIER/ATENCION PRIMARIA*.

Getafe. 2007. *Evitar problemas de la diabetes*, guía para personas con diabetes, Madrid.

GIRALDO. 2002. *Familia y teoría de desarrollo*. Manizales, Caldas, Colombia.

Harrison. 2009*. Principios de Medicina Interna*. España: 16 edición.

Julián, C. J. 2008. *Enciclopedia de la Ciencia y de la Técnica*. España: ediciones océano.

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA,. 2012. *Reduction in the incidence of type 2 diabetes*. U.S.A: PubMed.

L M Tierney, S. J. (2009). *Current medical Diagnosis & Treatment*. New York: Medical Books/McGraw-Hill.

Licata, M. 2009. *Coceptos básicos en la alimentación para el diabetico*. En M. Licata, Coceptos básicos en la alimentación para el diabetico. zonadiet.

López, J. y. Junio 2006. *Adaptación y validación del instrumento Calidad de Vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2*, (Vol. Vol. 48). Cuernavaca - Mexico.

Melchiors, A. y. 2004. *Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes*. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. Brasil: Seguim Farmacoter, Vol. 2.

Organisation, W. H. 1999.*Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications.*

Rother, K. 2007. *Diabetes Treatment — Bridging the Divide*. N Engl J Med 356 (15).

Riviero, P.R. 2010 *Intervencion Comunitaria, Familiar y de Género.* Primera Edición. Editorial Fijo. Universidad Central “María Abreu” de las Villas, Cuba.

Pories WJ, Mehaffy JH, Staton KM. (2013). *Endocrinology. A.D.A.M*.

Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH. 2011. *The surgical treatment of type two diabetes mellitus*. Philadelphia: Surg Clin North Am.

Salvador, D. G. 2011. *Manejo y cuidado de la Diebetes tipo 2*. Vida y Salud.

Sánchez, K. 2011. *Necesidad de Establecer Mecanismos de Participación Ciudadanía. Universidad Central* “María Abreu”

Surveillance, D. o, 2006. *Diabetes*. World Health Organization.

Valdés, Rojo Martinez & Sorigue, 2013. *Medicina Clinica. En R. M. Valdés*, Medicina Clínica.

k. ANEXOS

1. ANEXO 1

FORMULARIO DE ENTREVISTAS APLICADAS A LOS PACIENTES DIABETICOS QUE ACUDEN AL SCS DE MALACATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

NIVEL DE POSGRADO

MAESTRIA EN DESARROLLO COMUNITARIO

Cuestionario No.
Hora inicio:

Hora fin:

Fecha:

Buenos días / tardes/noches. Mi nombre es Lucia Muñoz con la finalidad de realizar mi trabajo de Tesis de Maestría en Desarrollo Comunitario denominada: “Estilos De Vida Y Formas De Prevención De Las Complicaciones De Los Pacientes Diabéticos Tipo 2 Que Acuden Al Sub centro De Salud De La Parroquia Malacatos 2012- 2013”; acudo a Usted para solicitarle de la forma más comedida que se sirva dar respuesta a las preguntas que a continuación le presento, la información que me proporcione es de trascendental importancia para la ejecución de este trabajo, por lo que agradezco su gentil participación.

DATOS DE INDENTIFICACION

Genero	M ( )	F ( )	Edad: 20-49 ( )	50-65 ( )	más de 65( )

1. ¿Conoce usted acerca de los valores apropiados de glucemia?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

2. ¿Sus familiares saben cómo evitar una hipoglucemia?

Si ( ) No ( )

Cuando?.....
.....
.....

3. ¿Existe autocuidado en la alimentación y medicación por parte de sus familiares?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

4. ¿Existe apoyo por parte de su familia para lograr los objetivos del tratamiento?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

5. ¿Siente el apoyo de su familia frente a las diversas situaciones que conlleva su enfermedad?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

6. ¿Considera importante el control médico?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

7. ¿Acepta usted su enfermedad?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

FORMULARIO DE ENTREVISTAS APLICADAS LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE ACUDEN AL SCS DE MALACATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

NIVEL DE POSGRADO

MAESTRIA EN DESARROLLO COMUNITARIO

Cuestionari	Cuestionario No.
Hora inicio:	Hora inicio:
Hora fin:	Hora fin:

Fecha:

Buenos días / tardes/noches. Mi nombre es Lucia Muñoz con la finalidad de realizar mi trabajo de Tesis de Maestría en Desarrollo Comunitario denominada: "Estilos De Vida Y Formas De Prevención De Las Complicaciones De Los Pacientes Diabéticos Tipo II Que Acuden Al Subcentro De Salud De La Parroquia Malacatos 2012- 2013"; acudo a Usted para solicitarle de la forma más comedida que se sirva dar respuesta a las preguntas que a continuación le presento, la información que me proporcione es de trascendental importancia para la ejecución de este trabajo, por lo que agradezco su gentil participación.

DATOS DE INDENTIFICACION

Genero	M ( )	F ( )	Edad: 20-49 ( )	50-65 ( )	más de 65( )

1. ¿Su familiar diabético colabora para el control de niveles de glucosa en la sangre y orina?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

2. ¿Ustedes asumen el control del tratamiento de su familiar diabético con insulina?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

3. ¿Existe autocuidado en la alimentación y medicación por parte de sus familiares?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

4. ¿Cree usted que se han producido cambios en los estilos de vida que llevaban antes de que su familiar presente diabetes tipo 2?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

5. ¿Creen ustedes que existe preocupación excesiva por parte de su familiar diabético?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

6. ¿Conocen usted acerca de los cuidados para prevenir complicaciones?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

FORMULARIO DE ENTREVISTAS APLICADAS AL PERSONAL DE SALUD DEL SCS DE MALACATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA JURÍDICA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

NIVEL DE POSGRADO

MAESTRIA EN DESARROLLO COMUNITARIO

Fecha:

Buenos días / tardes/noches. Mi nombre es Lucia Muñoz con la finalidad de realizar mi trabajo de Tesis de Maestría en Desarrollo Comunitario denominada: "Estilos De Vida Y Formas De Prevención De Las Complicaciones De Los Pacientes Diabéticos Tipo II Que Acuden Al Subcentro De Salud De La Parroquia Malacatos 2012- 2013"; acudo a Usted para solicitarle de la forma más comedida que se sirva dar respuesta a las preguntas que a continuación le presento, la información que me proporcione es de trascendental importancia para la ejecución de este trabajo, por lo que agradezco su gentil participación.

DATOS DE INDENTIFICACION

Genero	M ( )	F ( )	Edad: 20-49 ( )	50-65 ( )	más de 65( )

1. ¿Conoce usted que los pacientes conocen acerca de los valores apropiados de glucemia?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

2. ¿Considera usted que los familiares de los pacientes conocen como evitar una hipoglucemia?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

3. ¿Cree usted que existe autocuidado en la alimentación y medicación por parte de los pacientes diabéticos?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

4. ¿Considera usted que existe apoyo por parte de la familia para lograr los objetivos del tratamiento para el paciente diabético?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

5. ¿Considera usted que para el paciente es importante el control médico?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

6. ¿Cree usted que existe una aceptación adecuada por parte del paciente hacia su enfermedad?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

7. ¿Cree que el paciente diabético colabora para el control de niveles de glucosa en la sangre y orina?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

8. ¿Considera usted que los familiares asumen el control del tratamiento del paciente diabético con insulina?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

9. ¿Considera que existe autocuidado en la alimentación y medicación por parte de sus familiares del paciente diabético?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

10. ¿Cree usted que se han producido cambios en los estilos de vida en las familias donde existe un miembro con diabetes tipo 2?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

11. ¿Considera que existe preocupación excesiva por parte del paciente diabético?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

12. ¿Cree usted que los familiares de los pacientes diabéticos conocen acerca de los cuidados para prevenir complicaciones?

Si ( ) No ( )

Porqué?.....
.....
.....

13. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuente que se presentan en los pacientes diabéticos que acuden al control?

……
……
……
……

2. ANEXO 2

MATERIAL INFORMATIVO Y GUIA PARA LAS INTERVENCIONES

SESION 1

Presentación

- ✓ Presentación de los participantes.
- ✓ Historia de la Diabetes.
- ✓ Aspectos generales acerca de la Diabetes.
- ✓ Derechos y responsabilidades de las personas con Diabetes.

Actividades para la casa

- ✓ Cuestionario del temario de las generalidades de la Diabetes.
- ✓ Lecturas dirigidas (reproducción de materiales informativos acerca de la Diabetes

SESION 2

Alimentación

- ✓ Revisión de las actividades enviadas a casa.
- ✓ Comentario de las lecturas que se enviaron.
- ✓ ¿Porque no puedo comer lo mismo que las personas sin diabetes? Diferencias entre la insulina humana y las comerciales (horarios e intensidad de su acción.
- ✓ Tipos de alimento como inciden en el incremento o disminución de la glucemia.
- ✓ Cantidad de azucares por tipo de alimento tabla de composición alimentarias.

Actividades para la casa

- ✓ Responder temario sobre la alimentación de los pacientes diabéticos
- ✓ Lecturas acerca de la alimentación para las personas q padecen diabetes

SESIÓN 3

Alimentación 2da parte

- ✓ Revisión de las actividades enviadas a casa
- ✓ Comentario de las lecturas que se enviaron
- ✓ ¿Cuánto sube la glicemia con cada alimento?
- ✓ ¿Qué y cuanto debo comer?

Actividades para la casa

- ✓ Hacer ejercicio de cálculo de índice glicémico con los alimentos q más les gusta y cómo influyen en su enfermedad.
- ✓ Lecturas orientadas al comportamiento de la alimentación y los cambios q se deben producir en los pacientes con diabetes.

De esta forma se debe continuar con cada una del temático trabajo en las horas destinadas para los talleres y trabajos para que cada uno de los pacientes con sus familias los realice en sus casas.

Los temas que se deberán tratar tentativamente pueden ser:

- ✓ Las grasas y su influencia en la diabetes
- ✓ La Insulina
- ✓ Insulina autocontrol
- ✓ Autocontrol
- ✓ Actividad física
- ✓ Complicaciones agudas
- ✓ Complicaciones crónicas
- ✓ Evaluación al cierre de las temáticas para mediar como se ha logrado incidir en el comportamiento de los pacientes y las familias.

Cifras de glucosa que se deben tener.

¿Que cifras de glucemia son las mejores? La meta

Antes del Desayuno	1 hora después Desayuno	Antes del Almuerzo	2 horas después Almuerzo	Antes de la Cena	2 horas después de la Cena	Al acostarse*	Madrugada (de 2 a 5)
70 a 120	hasta 180	70 a 120	hasta 180	70 a 120	hasta 180	100 a 140	70 a 120

* Antes de tomar un vaso de leche.

RELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y GLUCEMIAS MEDIAS

Glucemias medias (Últimos 2-3 meses)	% Hemoglobina Glicosilada	Riesgo de complicaciones según su nivel de Hemoglobina glicosilada
330	13	
300	12	Riesgo CRITICO
270	11	
240	10	Riesgo ALTO
210	9	
180	8	Riesgo AUMENTADO
150	7	Riesgo MODERADO
120	6	Riesgo BAJO
90	5	
60	4	

TABLA Nº 1 CIFRAS DE GLUCOSA QUE SE DEBE TENER

FUENTE:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08621252009000400003&script=sci_arttext

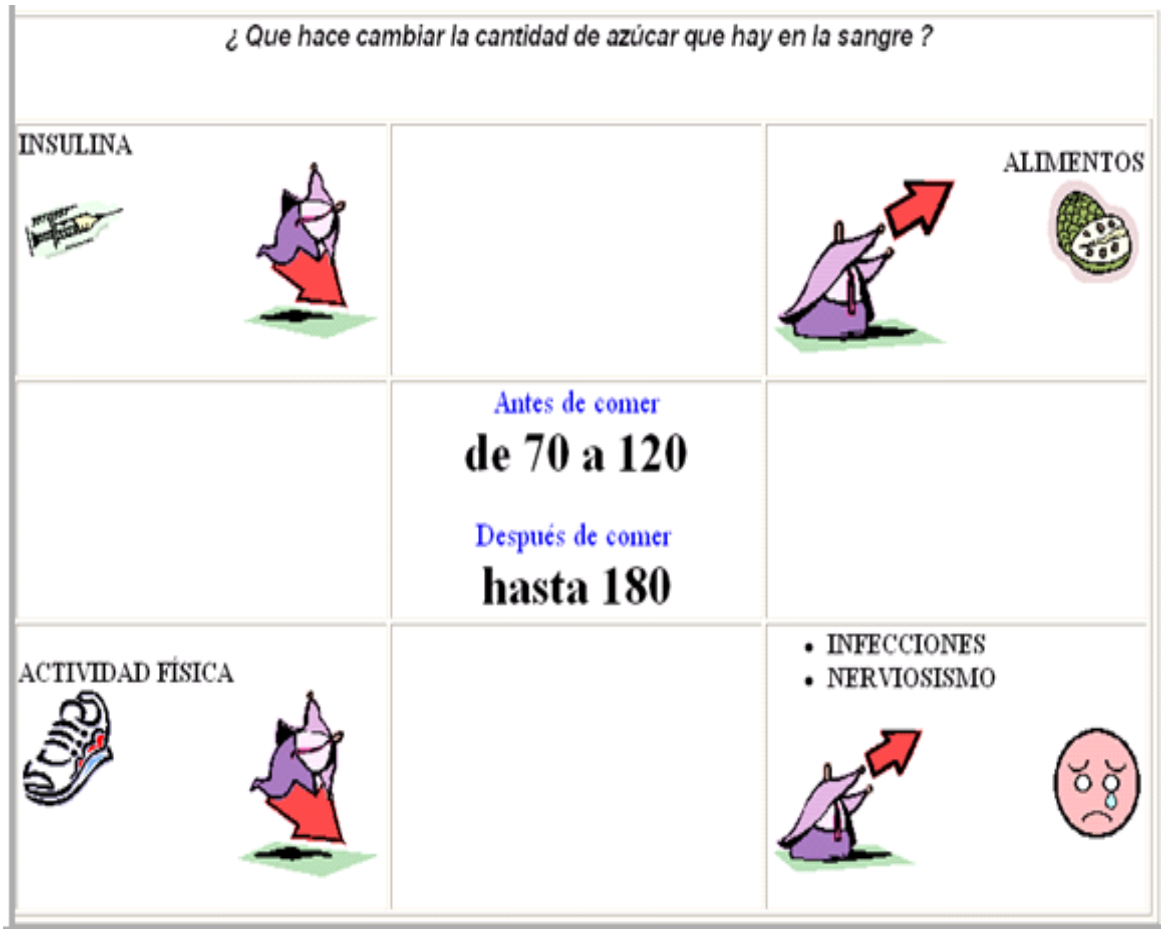


TABLA Nº 2 LAS COSAS QUE HACEN CAMBIAR LA CANTIDAD DE "AZÚCAR" QUE HAY EN LA SANGRE.

FUENTE: www.cuidadosendiabetes.com

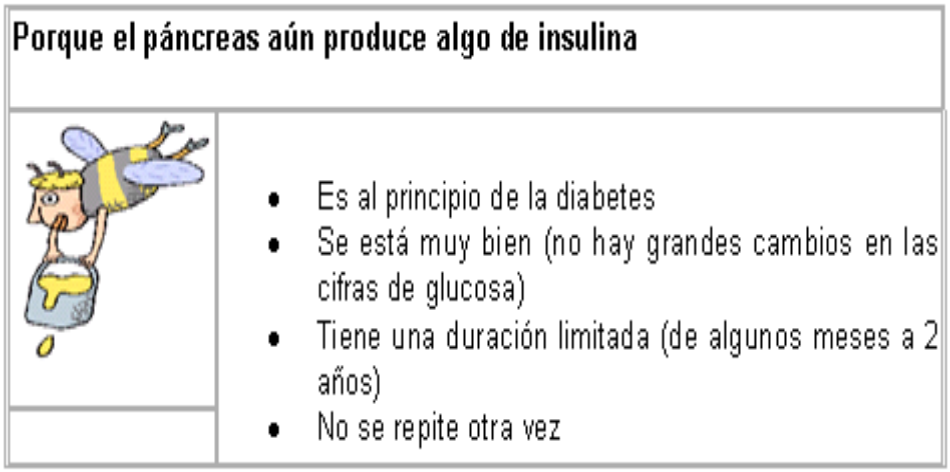


FIGURA Nº 16. LA LUNA DE MIEL.

FUENTE: www.alimentacion en diabetes

Sexo y Edad	Cuerpo	Aguja recomendada
Hombre de 12 a 18 años	Todos	8 mm.
Mujer de 12 a 18 años	Normal	8 mm.
Mujer de 12 a 18 años	Obesa	8 ó 13 mm
Hombre Adulto	Normal	8 mm.
Hombre Adulto	Obeso	8 ó 13 mm
Mujer Adulta	Normal	8 ó 13 mm
Mujer Adulta	Obesa	13 mm

TABLA Nº3. EL NÚMERO DE LA AGUJA SEGÚN LAS EDADES

FUENTE: www.endocriologia.com

GRAFICO Nº 17. GUÍA DE AGUJAS PARA LA INYECCIÓN DE INSULINA

FUENTE: Guía de Atención de enfermería comunitaria.

Se notará	Sudor frío	Temblor	Mareo
Le notarán	**Palidez** **Cambio de comportamiento**		
Debe hacer	**Si tiene dudas** : Análisis de glucosa en sangre (Tendrá menos de 70 ó LO)		
	Tomar 1 ó 2 cucharadas de azúcar 1 vaso de refresco (no light) 1 vaso de zumo natural 1 ó 2 tabletas de Glucosport		

GRAFICO Nº 18. LA HIPOGLUCEMIA (BAJADAS DE AZÚCAR). EL ALCOHOL. LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS.

FUENTE: www.cuidadosendiabetes.com

ALIMENTOS			
	Recomendados	Limitados	Desaconsejados
	Leche y yogurt desnatados.	Queso fresco o con bajo contenido en grasa. Leche y yogurt semidesnatados.	Leche entera, nata, cremas y flanes, batidos, quesos duros, curados o muy grasos (bola, manchego, emmental...).
	Pollo y pavo sin piel, conejo. Clara de huevo.	Vaca, buey, ternera, jamón serrano (partes magras), jamón cocido, caza menor. Marisco Huevo entero.	Cerdo y derivados, cordero, embutidos, hamburguesas, vísceras, salchichas, despojos (callos), salazones (mojama, huevas ..) y ahumados.
	Todas las legumbres son especialmente recomendables.	Patatas fritas en aceite de oliva, girasol, soja o maíz	Patatas chips, patatas fritas en grasa o aceites no recomendados (coco, palma ...).
	Todas las verduras (acelgas, espinacas,...) preferentemente hervidas. Hortalizas (tomate, lechuga,...) preferentemente crudas.	Aguacate. Aceitunas.	Verduras fritas.
	Todas.	Uvas, plátanos.	Frutas conservadas en almíbar.
	Pan integral, 2-3 galletas tipo María, cereales (preferentemente integrales).	Pan blanco, arroz, pastas, harinas.	Pasteles, bollería (croissants, ensaimadas, magdalenas, donuts.), ganchitos, galletas.
	Aceite de oliva, girasol, maíz.	Margarinas vegetales	Manteca de cerdo, mantequilla, tocino, sebo, aceite de palma y coco.
	2-3 nueces.	Almendras, avellanas, castañas, dátiles.	Cacahuetes salados, coco.
	Agua, infusiones no azucaradas, café (2/día), té (3/día), vino tinto (2/día).	Cerveza sin alcohol.	Bebidas con chocolate, café irlandés, bebidas alcohólicas. Refrescos azucarados. Zumos naturales.
	Hierbas aromáticas, vinagreta, pimienta, y otras especias.	Mayonesa, bechamel elaborada con leche desnatada, sofritos, alioli.	Salsas hechas con mantequillas, margarina, leche entera y grasas animales
Aumentan rápidamente la cantidad de glucosa en la sangre			

GRAFICO N° 19: ALIMENTACIÓN ADECUADA PARA LOS PACIENTES DIABÉTICOS.

FUENTE: www.cuidadosendiabetes.com

OBJETIVOS DEL PACIENTE	CONTENIDOS	*METODOS Y MATERIALES EDUCATIVOS*	RESPON SABLES	EVALUACION FORMATIVA
Cognitivos • Entender el significado de la enfermedad, sus causas, consecuencias y las bases de su tratamiento. • Identificar las cifras de glicemia normales y entender su importancia para el control de la diabetes.	En que consiste la diabetes Tipos de diabetes. Causas, síntomas y características generales del tratamiento. Qué es la glicemia. Valores normales. Factores que afectan la glicemia. Atención de las personas con diabetes en los Centros de Salud	* Exposición y discusión de grupo. * Intercambio de experiencias • Transparencias • Diapositivas • Cartillas	Enfermer a Nutricioni sta	Los participantes señalarán las tres principales cosas que aprendieron en esta sesión.
Cognitivos • Entender el significado de la	Rangos normales de glicemia. Significado de los valores	* Presentación de glicemias normales y alteradas.	Enfermer a	Interpretación de registros

enfermedad, sus causas, consecuencias y las bases de su tratamiento. • Identificar las cifras de glicemia normales y entender su importancia para el control de la diabetes.	normales	* Análisis grupal del significado de los datos presentados	Nutricionista	presentados por el educador
Valóricos • Valorar la importancia de aprender a manejar el tratamiento para mantener la glicemia normal y prevenir las complicaciones	Qué significa tener diabetes. Mitos y creencias	Discusión de grupo: preguntas posibles: ¿Cuándo supo que tenía diabetes? ¿Cómo reaccionó? ¿Cómo reaccionó su familia? ¿Cree que le será posible seguir el tratamiento?	Enfermera Nutricionista	Opiniones de los participantes.

TABLA Nº 5. ASPECTOS GENERALES DE LA DIABETES.

FUENTE: FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA DIABETES

OBJETIVOS DEL PACIENTE	CONTENIDOS	*METODOS Y MATERIALES EDUCATIVOS*	RESPON SABLES	EVALUACION FORMATIVA
Cognitivos • Identificar los métodos de autocontrol en sangre y orina. • Reconocer la importancia del autocontrol para prevenir Complicaciones agudas y crónicas.	Qué es el autocontrol. Métodos de autocontrol en sangre y orina. Materiales para el autocontrol. Cuidado y condiciones. Registro e interpretación de los resultados. Metas del autocontrol. Conductas a seguir según resultados.	* Explicación sobre los métodos de autocontrol. * Demostración práctica Del uso de los distintos materiales y métodos. • Materiales para el autocontrol: - en sangre - en orina		Demostración del método de autocontrol en sangre Por uno o más pacientes. Interpretación de los resultados de Su autocontrol en sangre. Lista de medidas A seguir según sus resultados.
Psicomotores o de habilidad • Realizar medición de glicemia	Técnicas de control de glicemia capilar. Técnica de control de	* Demostración práctica. * Análisis grupal del registro de dos personas.		Interpretación de registros de glicemia, glucosuria

capilar. • Registrar e interpretar resultados. • Explicar cómo actuar frente a resultados alterados.	glucosuria. Formas de registro. Interpretación de resultados			y cetonuria Presentados por el educador.
Valóricos • Valorar la importancia de vigilar permanentemente la evolución de su enfermedad y de mantener la glicemia Normal en el control y evolución de la diabetes.	Ventajas del autocontrol. Importancia del autocontrol en el manejo de la diabetes.	* Discusión de grupo sobre Las ventajas y dificulta des del autocontrol. Búsqueda de soluciones a las dificultades planteadas.		Lista de beneficios del autocontrol. Lista de dificultades. Lista de soluciones Prácticas a las dificultades.

TABLA Nº 5. AUTO CONTROL DE LA DIABETES.

FUENTE: FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA DIABETES.

ANEXO 3

RESPALDO FOTOGRAFICO

Fotografía 1: *Primera reunión con el Equipo de Salud*

Fotografía: 2 *Reunión con los pacientes diabéticos*

Fotografía 3: *Reunión con los pacientes diabéticos en otra fecha*

Fotografía 4: Tercera reunión con los familiares de los pacientes diabéticos

ANEXOS 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA JURIDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

NIVEL DE POST GRADO

MAESTRIA EN DESARROLLO COMUNITARIO

TEMA:

ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS 2012-2013

DIRECTORA: ***Mg. María Sánchez Castillo***

AUTORA: ***LIC.: Lucía Muñoz***

LOJA-ECUADOR

2012

1. TEMA:

ESTILOS DE VIDA Y FORMAS DE PREVENCION DE COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA MALACATOS; 2012- 2013

2. PROBLEMATIZACIÓN:

A pesar de la existencia de bastante literatura que reflexiona en torno a la aplicación de sistemas de salud en donde la comunidad juega un rol importante, las experiencias en este ámbito parecen ser más bien fragmentarias y de distinto orden y su sistematización reciente.

La operacionalización de los conceptos de participación ciudadana en salud parece presentar varias complejidades. “De cierto modo, las dificultades son las mismas que atraviesa el concepto mismo de participación ciudadana. Diferencias de profundidad tanto como de orientación hacen que la idea misma de participación sea un concepto en disputa. Participar en salud, por lo tanto, puede aludir a un conjunto de prácticas bastante distintas. O dicho de otro modo: distintas configuraciones de prácticas, articuladas por una diversidad de actores, con sentidos divergentes, si no contradictorios, pueden caber dentro de un campo de participación en salud1. Desde la constitución de una red educativa para la prevención y promoción de salud, pasando por procesos deliberativos ciudadanos de diseño, ejecución y evaluación de programas de salud, hasta la visita asistencial a enfermos postrados de parte de monitoras voluntarias,. En este sentido, la indagación que se realiza en la Parroquia Malacatos del cantón Loja, intenta analizar la participación en salud, desde los actores locales que la hacen posible. Sabemos que existen actores pertenecientes al sistema de salud y que como tales, cumplen una función social del Estado, ejecutando una política pública. Por otro lado se encuentran los actores que no pertenecen al sistema de

[1] . ALAD, 1995.

salud, que corresponden a los usuarios de los servicios y que son, en ese sentido, los beneficiarios de la política pública que ejecutan los primeros. La problemática enfocada desde la intervención comunitaria está basada en el proceso sistemático, de capacitación, de darle a los habitantes de esta `población elementos firmes de conocimiento de su realidad, del proceso salud enfermedad y donde la acción comunitaria puede darle un corte a la cadena de sucesos que por ser poco perceptibles para la población, no se le da la debida atención.

Es así que en la población donde me dirijo a investigar no existe la conciencia de comunidad integradora que vela y está dispuesta a interactuar con sus semejantes. En especial es necesario valorar que es para ellos el proceso salud enfermedad y como la información la colaboración, y la capacitación pueden mejorar sus condiciones de vida.

“La diabetes constituye hoy en día un problema sanitario de primera magnitud a nivel mundial. Es una enfermedad crónica que más crecerá en un futuro inmediato, debido al incremento de la incidencia (cambios alimenticios y estilos de vida), que requiere de asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprenda la enfermedad las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir y retardar las complicaciones crónicas y agudas. La atención y cuidado del diabético es compleja y requiere del abordaje de varios aspectos sumados al control de glicemia Es causa prematura de morbilidad y mortalidad de ceguera por retinopatías, amputación por pie diabético, infarto agudo del miocardio e insuficiencia renal por neuropatía diabética. Afecta el 12% de los adultos de 45 a 85 años2

---

2 www. Ecuadiabetis.com Ecuadiabetes: Ofrece atención médica, acceso a medicamentos más baratos, educación diabetológica y bailoterapia.

Entre las características clínico epidemiológicas más ostensibles de la diabetes figuran su predominio en edades tardías, en el sexo femenino, su localización en áreas urbanas y rurales, la frecuencia de historia familiar de diabetes, así como también la obesidad3.

La diabetes tipo II es responsable en Estados Unidos, de más de 73.000 muertes anuales, y a su vez, es un factor de riesgo que contribuye a más de 220.000 muertes en patologías relacionadas. De acuerdo con proyecciones epidemiológicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas adultas se cree que será el doble en el transcurso de los próximos 25 años, tiempo en el que se pasará de 171 millones que había a comienzos del XXI, aproximadamente 366 millones para el año 2030. En el 2003 a 2004 es de 13.8 a 16.0% en mujeres y de 14.0 a18.2% en los hombres lo que reafirma a la obesidad como un factor de riesgo conocido para el desarrollo de la DMT2.4

Europa aumentará la prevalencia actual, cifrada en 33 millones en 2000, hasta alcanzar los 48 millones de pacientes.

Actualmente, la diabetes se distribuye por todo el mundo, aunque tiene mayor peso en los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo. Un estudio norteamericano ha determinado que uno de cada tres nacidos en el año 2000 desarrollará diabetes a lo largo de su vida, motivo por el cual algunos autores creen que la enfermedad ha tomado proporciones epidémicas, existiendo actualmente unos 177 millones de enfermos en todo el mundo, de los cuales más del 90% son pacientes con diabetes tipo 2. Sin embargo, las cifras globales de prevalencia en adultos oscilan entre el 4% y el 7%, muchos de ellos no diagnosticados.

---

3 Assal, J.P. Conceptos para la Clínica ideal de Diabetes. Nw.York. 1992

4 www. Ecuadiabetis.com Ecuadiabetes: Ofrece educación diabetológica.

Las mujeres latinas, por cuestiones genéticas, tenemos una mayor propensión a padecer diabetes que el resto de la población. Se estima que una de cada cuatro latinas padece alguna clase de diabetes. Además, las latinas tenemos un alto riesgo (52.5 por ciento) de padecer diabetes a lo largo de nuestras vidas. El riesgo de la población blanca es del 31 por ciento.

Hablando en general de la comunidad latina, más del 11 por ciento padece diabetes. Esta condición afecta más a ciertos grupos: las personas de origen puertorriqueño, por ejemplo, tienen el índice más alto de diabetes con un 12.6 por ciento. Les siguen los mexicoamericanos con un 11.9 por ciento y los cubanos con un 8.2 por ciento. También hay que tener presente que los latinos tienden a desarrollar diabetes a una edad más temprana que otros grupos étnicos.

Por todo esto, idealmente las mujeres latinas deberían hacerse una prueba de la glucosa una vez al año para saber cómo está su nivel de azúcar en la sangre, y asegurarse de que no tienen diabetes. Esto es especialmente importante si estás planeando empezar una familia.

Como se observa en la problemática, las cifras de diabetes son alarmantes en la provincia de Loja no es la excepción encontrándose en un total de casos de diabéticos en el año 2000 en una incidencia de573 casos, mientras que para el 2007 se incrementa un total de casos de 933, teniendo en cuenta que la diabetes es la primera causa de muerte a nivel de todo el Ecuador y existen aproximadamente unas “200.000 personas con diabetes, de las cuales apenas se encuentran diagnosticadas y con tratamiento unas 40.000(20%), la prevalencia se registra en el 7% de la población ecuatoriana menor a 45 años, pero desde esa sube al 20% y, a partir de los 65 llega al 40%”4

Algunos autores plantean que los niveles elevados de la insulinemia asociados a la obesidad, constituyen un importante factor de riesgo de aterosclerosis. A través de la insulino resistencia y del hiperinsulinismo se ha tratado de explicar el exceso de riesgo cardiovascular en el paciente diabético y en la población general, porque se han hallado niveles aumentados de insulinemia en sujetos con cardiopatía o enfermedad cerebrovascular, independientemente de que se tratara de obesos o intolerantes a la glucosa. No obstante, en una revisión en nuestro medio, se muestra resultados contradictorios en relación con la verdadera función de la insulina como un factor de riesgo vascular.

La detección precoz de la nefropatía da la oportunidad de intervenir terapéuticamente para prevenir el fallo renal y la morbimortalidad cardiovascular. Desde el momento en que la proteinuria clínicamente se manifiesta, observamos que el estricto control glicémico durante más de 2 años no provoca cambios en el promedio de disminución de la filtración glomerular, de ahí la importancia del estricto control glicémico y la detección precoz de la complicación renal en los estadios iniciales.

La relación entre hipertensión y retinopatía diabética, así como entre la primera y la nefropatía es bien conocida. Algunos autores sugieren que la elevación de la tensión arterial en la diabetes es predominantemente atribuible a la nefropatía diabética, mientras otros plantean que el incremento de la tensión arterial contribuye al desarrollo de la nefropatía.

“Un óptimo control glicémico reduce el riesgo de retinopatía existente, de ahí la recomendación de realizar evaluaciones anuales con examen retiniano dilatado, porque algunos pacientes diabéticos pueden no referir síntomas, y avanzar de una anomalía no proliferativa leve, a una severa retinopatía proliferativa. La hipertensión y la proteinuria constituyen un

factor de riesgo importante para el desarrollo de edema macular y retinopatía diabética proliferativa, por lo que deben ser tratados oportunamente”.5

En algunos estudios más del 50 % de los pacientes con complicaciones microangiopáticas (retinopatía + nefropatía), así como complicaciones macroangiopáticas (cardiopatía coronaria + arteriopatía periférica) tenían mal control e hipertensión asociada.

El tratamiento a pacientes hipertensos de alto riesgo con diabetes ofrece a los clínicos desafíos y oportunidades. La coexistencia de la hipertensión y la diabetes aumenta de forma dramática y sinérgica el riesgo de complicaciones macro y microvasculares. Tal vez lo más importante en ellos sean los eventos cardiovasculares, observación que puede ser evidenciada por el mayor número de óbitos atribuidos a enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular entre 45 y 65 años de edad. En consecuencia, el tratamiento agresivo de esa población permite reducir el exceso de muertes por enfermedad cardiovascular.

La educación, la dieta y el ejercicio ajustados a la edad y complicaciones de cada cual, son la base del esquema terapéutico de los pacientes diabéticos sobre todo del tipo II, dejando la terapia medicamentosa cuando el control se torna difícil y los síntomas se acentúan. La educación al paciente acerca de mudanzas del estilo de vida, medicamentos y complicaciones potenciales por el descontrol metabólico, deben ser individualizada a su capacidad de entender la información y a su nivel de interés, para que pueda coadyuvar al tratamiento y control, evitando complicaciones desagradables o mutilantes que afecten su calidad de vida.

---

5 De la Torre W. Editor. Diabetes Mellitus tipo dos. Optimización metabólica y terapéutica intrahospitalaria. 1996.

Esto sumado a que no existe el personal médico suficiente para cubrir las necesidades de los diversos barrios de esta parroquia rural, que la distancia de los mismos al centro de salud y su cobertura vehicular son escasas con el sinergismo a esta situación de la falta de presupuesto para cubrir necesidades básicas como letrinización y agua potable.

Por lo tanto, es nuestro interés que el costo de la ignorancia no supere al de la educación, por lo que sería muy importante el enfoque multifactorial de la diabetes en el nivel primario de salud. Por eso proponemos un estudio serio orientado a satisfacer y a promulgar una intervención, dinámica de la comunidad de la parroquia Malacatos del Cantón Loja, ubicada al suroriente ecuatoriano, donde se ubica el barrio la trinidad, donde su población mayor de 50 años tiene en un gran porcentaje DMT II, o predisposición para presentar la misma. Por tal razón y en pos de ayudar a esta población pongo a consideración el siguiente problema.

Intervención Comunitaria para potenciar estilos de vida responsables ante la enfermedad de los pacientes diabéticos tipo II.

3. JUSTIFICACIÓN:

La salud es uno de los aspectos más importantes siendo el más vital de todo ser humano. Las personas están propensas a sufrir enfermedades por qué no se cuidan y otras por razones hereditarias. La diabetes es una enfermedad que frecuentemente no es detectada a tiempo, sino cuando ya está en una fase donde se hace urgente el auto cuidado y la prevención médica.

La educación es el eje primordial para el desarrollo, no solo de la salud sino de la sociedad como tal, una población educada, se encuentra prevenida y fortalecida, en el caso de la educación diabetológica varios índices nos demuestran que el acceso a la misma reduce grandes gastos a la salud pública y por ende al gobierno.

Una de las fortalezas del diseño de estrategias educativas para los familiares y paciente diabético, es que el entorno donde vive el paciente se volverá más accesible, no se presentarán trabas, el paciente será comprendido y estimulado para un correcto manejo de su enfermedad, debemos recordar que esta dura para toda la vida y el apoyo en su familia, será el que marque la evolución de la Diabetes Mellitus.

La depresión, la disfunción eréctil, llevarán a la familia a una comprensión de la vida del paciente y sabrán cómo actuar frente a situaciones de alto riesgo como una hipoglucemia o hiperglicemia, por lo que se encontrarán prevenidos y podrán actuar rápidamente.

En los centros y servicios de salud y grupos de atención al paciente diabético en Ecuador no existen actualmente programas educativos dirigidos a los familiares o compañeros del paciente.

Con estos antecedentes y el ánimo de prevenir que se incremente el número de pacientes diabéticos así como evitar complicaciones en las personas que la padecen y con ello a contribuir a mejorar su calidad de vida, es necesario realizar una serie de acciones en la cual la enfermera desempeñara un rol importante en el cuidado del paciente. Ya que la diabetes constituye hoy en día un problema sanitario de primera magnitud a nivel mundial.

Para ello es menester que se retomen acciones para superar esta problemática por lo que construir y proponer un plan de educación permanente dirigido a la población afectada por esta patología, así como la población en general que está en riesgo, con lo que se pretende

fomentar el auto cuidado en las personas que acuden a este espacio de capacitación.

El programa educativo contribuirá a mejorar el nivel de conocimientos del paciente con respecto al cuidado y prevención de complicaciones y como consecuencia la disminución de las tasas de morbi mortalidad por enfermedades prevenibles.

Basados en los preceptos que hacen de la Universidad de Loja. El faro del saber en el sur de la Patria Ecuatoriana, me encamino a realizar este estudio que tiene como finalidad, de dar a conocer cuáles son los estilos de vida saludables las formas de prevención de complicaciones y así mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos del barrio la trinidad de la parroquia Malacatos del cantón Loja durante el año 2011 teniendo la certeza que la pertinencia de este tema se basa en los índices de pacientes con esta patología, la deficiente información de la comunidad donde se desenvuelven los pacientes y sus familias, la importancia radica en que de esta manera dare a conocer el por qué el aparecimiento de esta enfermedad, y poder implementar medidas en la prevención de los pacientes con alto riesgo y que aún no han desarrollado esta cruel enfermedad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo. En términos globales, en 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el año 2025, con un aumento de 120%, del cual los países desarrollados aportarán 40% y los países en vías de desarrollo 170%, de manera que 80% de los diabéticos del mundo vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo veintiuno.

Este trabajo investigativo tiene como finalidad crear conciencia en la comunidad intervenida sobre el cuidado, el apoyo y las diferentes actividades que deberán desarrollar, el equipo de salud, familiares, vecinos y el mismo paciente, para potencializar la calidad de vida de los habitantes de este sector de la geografía ecuatoriana. De esta manera se aportara a nuestro centro de salud donde laboro la oportunidad de contar con barrios informados y conscientes de que la organización hace la diferencia.

La educación es el eje primordial para el desarrollo, no solo de la salud sino de la sociedad, como tal una población educada se encuentra prevenida y fortalecida, en el caso de la educación diabetológica.

Una de las fortalezas del diseño de estrategias educativas para los familiares del paciente diabético, es que el entorno donde vive el paciente se volverá más accesible no se presentaran trabas, el paciente será comprendido y estimulado para un correcto manejo de su enfermedad, debemos recordar que esta dura para toda la vida y el apoyo en su familia será el que marque la evolución de la diabetes.

Conocedora, que la diabetes puede causar cambios catastróficos en la morfo fisiología de diferentes estructuras orgánicas, y con ello el deterioro del normal desenvolvimiento de las actividades diarias humanas, quedando imposibilitada para el resto de su vida.

Como paciente, es importante tener presente que sufrir una enfermedad crónica no significa que la vida se ha terminado, de hecho muchas personas han demostrado que pueden seguir adelante incluso ayudando a sus semejantes, razón por la cual me he interesado en realizar el presente estudio.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Diseñar e implementar un programa educativo con enfoque comunitario, que garantice el mejoramiento de estilos de vida saludables y distintas formas de prevención de los pacientes diabéticos tipo 2.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Fundamentar teóricamente los referentes que permitan contribuir al proceso de educación y comunicación activa de los sujetos colectivos del barrio La Trinidad de la Parroquia Malacatos para mejorar los estilos de vida saludables y formas de prevención, dé los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 a partir del enfoque del autodesarrollo comunitario.
- Determinar los estilos de vida saludables y formas de complicación de los pacientes diabéticos tipo 2.
- Planificar un programa educativo alimentario nutricional y estilo de vida para la prevención de la Diabetes Mellitus Tipo 2

5. MARCO TEÓRICO:

1. DIABETES

De modo más preciso, la diabetes constituye un desorden del metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, del proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. Durante la digestión los alimentos se descomponen para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. El regulador fundamental de la

concentración de glucosa en la sangre es la insulina, hormona sintetizada por las células beta de los islotes langerhans del páncreas.

El cuadro clínico se caracteriza por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados o insuficientes, tenemos la poliuria (incremento del nivel de orina), y genera polidipsia (incremento de sed). Por tales razones resultan frecuentes las manifestaciones de que por su parte cansancio, astenia, fatigabilidad, polifagia, cicatrizaciones lentas, prurito en el cuerpo, crisis de sudoración, calambres en los dedos, avidez por los dulces, así como cambios en la visión.

1.2. **Prevención y factores de riegos asociados.**

Los factores que predisponen a esta enfermedad son:

✓ Factores biológicos:

- La obesidad significa que tiene al menos un 20% más del peso corporal ideal para su altura y estructura física.
- Edad si tiene más de 45 años
- Perímetro de cintura si supera 102 cm en varones y los 88 cm en mujeres.

✓ Factores ambientales:

- Estrés: el estrés físico o traumático se relacionan con la intolerancia a la glucosa, inducida por efectos hormonales.
- Medicamentos y hormonas: la fenítoina, los diuréticos (particularmente los tiacídicos), los corticosteroides y anticonceptivos.
- Actividad física: la actividad física regular aumenta la sensibilidad a la insulina y mejora la tolerancia a la glucosa.

- Dieta: evitar una alimentación hipercalorica, y el consumo abundante de grasas saturadas y escaso consumo de fibras, resulta una disminución de la sensibilidad a la insulina.

✓ Factores socioculturales:

- El uso del tabaco: fumar aumenta los niveles de sangre del cuerpo y disminuye la capacidad del cuerpo de utilizar insulina y el daño que los químicos del tabaco hacen a los vasos sanguíneos, los músculos y los órganos también aumenta el riesgo de diabetes.38.

1.3. **Criterios diagnósticos de la Diabetes.**

El criterio diagnóstico es el mismo para adultos de cualquier edad. Cuando existen síntomas y signos es suficiente la glicemia en ayunas para confirmarlo, pero cuando sólo existen índices de sospecha, TGA previa o TGA potencial, y la glicemia en ayunas es normal, se hace necesario indicar la prueba de tolerancia a la glucosa, que se realiza con 75 g de glucosa y extracciones en ayunas y a las 2 h.

Es necesario realizar una segunda confirmación del diagnóstico unos días después de haber realizado la primera prueba a no ser que la persona presente síntomas claros de hiperglucemia y descompensación aguda.

La prueba diagnóstica de elección es la glucemia en ayunas en plasma venoso

La sobrecarga oral de glucosa no se recomienda como prueba rutinaria sino que se aconseja su utilización tras una glucemia basal alterada o con glucemia basal normal pero con factores de riesgo de padecer diabetes.

Existen dos categorías diagnósticas con un alto riesgo de desarrollo futuro de diabetes y enfermedades vasculares que son:

• Glucemia basal alterada: Se define cuando la glucemia tras una determinación de glucosa basal en plasma venoso se encuentra entre 110 y 125mg/dl.

• Intolerancia hidrocarbonada: Se define cuando la glucemia a las 2 horas tras Una sobrecarga oral de glucosa se encuentra entre 140 y 199 mg/dl.

1.4. Complicaciones y Tratamiento asociadas a la enfermedad

Alteraciones Metabólicas agudas asociadas a la diabetes mellitus.

Descompensación hiperglucemia

Se da más en los Diabéticos tipo 2 de edad avanzada, en los que la deshidratación se puede ir desarrollando lentamente y su efecto achacarse a otras causas. Analíticamente, son claves la osmolalidad y la glucosa sanguínea. El cuadro metabólico es similar al de la cetoacidosis, pero circunscrito sólo al aspecto hidrocarbonado.

Insuficiencia renal crónica avanzada

Se caracteriza por una disminución del aclaramiento o depuración de la creatinina por debajo de 25-30 ml/min. A partir de este momento ya se empiezan a presentar otros problemas como las alteraciones en el metabolismo del calcio y fósforo, la anemia, la insuficiencia cardíaca, etcétera. Por lo tanto el paciente debe ser remitido al nefrólogo si el

médico no dispone de entrenamiento especializado en el manejo integral del paciente renal crónico.

Falla renal terminal

Se considera que el paciente ha alcanzado la etapa de nefropatía terminal cuando la depuración de creatinina es igual o inferior a 10 cc/min y/o la creatinina sérica igual o mayor a 3.4 mg/dl (300 mmol/l). En esta etapa ya el paciente requiere diálisis y eventualmente un trasplante de riñón, aunque en la persona con diabetes se tiende a adoptar estas medidas en forma más temprana.

Prevención

Primaria

Consiste en la adopción de medidas para evitar la aparición de la nefropatía, como un adecuado control de la glucemia (recomendación AA) y de la tensión arterial (recomendación AA).

Secundaria

Consiste en detener la progresión de la nefropatía. Esto se logra fundamentalmente mediante un buen control de la glucemia y de presión arterial.

El paciente debe ser remitido al nefrólogo si el médico tratante no tiene experiencia en el manejo integral de la insuficiencia renal crónica, especialmente cuando el deterioro de la función renal es muy acelerado (mayor de 5 cc en seis meses), la creatinina es mayor de 3.0 mg/dl o la depuración de creatinina es inferior a 30 cc/min (recomendación D).

Terciaria

Consiste en adoptar medidas como diálisis y trasplante con el objeto de preservar la vida y optimizar la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal terminal. La mejor opción es la diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) (recomendación D).

Alternativamente se puede utilizar la hemodiálisis.

Sin embargo, el mejor tratamiento es el trasplante renal que actualmente tiene un buen pronóstico tanto para el paciente como para el órgano trasplantado. Evitar aparición o progresión de nefropatía con tratamiento farmacológico en personas con DM2.

La neuropatía diabética es la complicación más frecuente y precoz de la diabetes. A pesar de ello suele ser la más tardíamente diagnosticada. Su prevalencia es difícil de establecer debido a la ausencia de criterios diagnósticos unificados, a la multiplicidad de métodos diagnósticos y a la heterogeneidad de las formas clínicas. Su evolución y gravedad se correlacionan con la duración de la enfermedad y el mal control metabólico.

La detección depende de la sensibilidad de los métodos diagnósticos empleados. Así por ejemplo, a través de métodos electrofisiológicos es posible detectar neuropatía en la casi totalidad de los pacientes diabéticos en el momento del diagnóstico o poco tiempo después.

Existe la posibilidad de que una persona con DM2 padezca otros síndromes neurológicos distintos a aquellos causados por la diabetes, por lo que el clínico debe estar atento al diagnóstico diferencial.

Los diferentes síndromes clínicos de la neuropatía diabética se superponen y pueden ocurrir simultáneamente, por eso resulta difícil clasificarlos. Se describen las características de las diferentes formas de neuropatía con base en una clasificación adaptada para el uso del clínico no especializado.

Clasificación de las formas clínicas más comunes de la neuropatía diabética.

Clasificación Manifestaciones clínicas más importantes área afectada

Neuropatía periférica (distal y simétrica)

- Dolor, disestesias y parestesias de predominio nocturno
- Pérdida de la sensibilidad
- Disminución o abolición del reflejo aquiliano
- Suele ser progresiva
- Extremidades, de predominio en miembros inferiores

Mononeuropatía de nervio craneano

- Dolor agudo localizado de comienzo brusco seguido de parálisis que suele ser reversible
- Pares craneanos III, IV, VI o VII.

Neuropatía toracoabdominal (truncal, radiculoneuropatía)

- Dolor agudo localizado
- Pérdida de sensibilidad
- Usualmente unilateral

- Puede haber pérdida de peso
- Suele ser reversible
- Pared torácica baja
- Pared abdominal
- Difusa en todo el tronco

Mononeuropatías por atrapamiento

- Dolor localizado
- Compromiso motor (excepto en la meralgia parestésica)
- Túnel del carpo
- Cubital en el codo
- Radial
- Ciática
- Peroneal (pie caído)
- Femoral lateral cutánea (meralgia pares tésica)

Plexopatía (neuropatía proximal, amiotrofia diabética)

- Dolor
- Debilidad muscular
- Hipotrofia muscular usualmente asimétrica
- Arreflexia rotuliana usualmente asimétrica
- Pérdida de peso
- Depresión
- Suele ser reversible
- Cintura pélvica

- Generalizada (caquexia neuropática)

Neuropatía hipoglucémica - Parestesias seguidas de debilidad y atrofia simétricas

- Principalmente en región tenar, hipotenar y músculos interóseos de

Manos y pies

Neuropatía autonómica - Dependen del sistema afectado. Sistemas cardiovascular, digestivo y genitourinarioG.

1.5. **Pie Diabético**

Se denomina pie diabético al pie que tiene al menos una lesión con pérdida de continuidad de la piel (úlcera, se describen los diferentes grados de severidad del pie diabético de acuerdo con una de las escalas más usadas. El pie diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad.

Factores de riesgo para el pie diabético

El pie diabético se produce como consecuencia de la asociación de uno o más de los siguientes componentes:

• Neuropatía periférica

• Infección

• Enfermedad vascular periférica

• Trauma

• Alteraciones de la biomecánica del pie

Se señalan los síntomas y signos más frecuentes de cada uno de estos componentes.

Además se han identificado algunas condiciones de la persona con diabetes que aumentan la probabilidad de desarrollar una lesión del pie:

• Edad avanzada

• Larga duración de la diabetes

• Sexo masculino

• Estrato socioeconómico bajo y pobre educación

• Factores sociales como vivir solo, ser poco visitado, poca motivación por vivir

• Pobre control glucémico

• Presencia de retinopatía, nefropatía, enfermedad macro-vascular

• Consumo de alcohol

• Tabaquismo

• Calzado inapropiado

• Ulceras o amputaciones previas

Evaluación de la persona con pie diabético

1. Establecer el estado de salud general del paciente, presencia de comorbilidades, estado de control glucémico y metabólico, historia de intervenciones previas (cirugías de revascularización o reconstructivas de pie, desbridamientos, ortesis, etcétera).
2. Evaluar las lesiones del pie diabético. Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:
3. Historia médica de la lesión de pie que incluye trauma que inició el proceso, duración de la herida, progresión de los síntomas y signos,

tratamientos previos y antecedente de heridas anteriores y de su desenlace.

4. Evaluación clínica de la herida que incluye profundidad, extensión, localización, apariencia, temperatura, olor, presencia de infección. Igualmente realizar evaluación clínica del pie con descripción de deformidades, callos, etcétera.
5. Evaluar la presencia de infección superficial o profunda. Para esta última es importante identificar la presencia de drenaje purulento, celulitis, inflamación y edema alrededor de la úlcera y abscesos profundos. Si en la exploración de la úlcera se observa hueso, o éste se puede tocar con una sonda, existe una alta probabilidad de osteomielitis. El clínico puede ayudarse con auxiliares diagnósticos tales como radiología, cultivos de gérmenes, gam-magrafía ósea y resonancia nuclear magnética.

Examen neurológico del pie (ver complicaciones neurológicas)

• Los principales indicadores de un pie en riesgo son la disminución severa de la sensibilidad vibratoria (equivalente a más de 25 v utilizando un biotesiómetro) y/o la incapacidad para sentir el monofilamento de 10 g (evidencia nivel 1).

4. Examen vascular.

• El principal síntoma de compromiso vascular periférico es la claudicación intermitente.

• Los principales signos cutáneos de isquemia incluyen una piel delgada, fría y sin vello,

1.6. Alteraciones Metabólicas crónicas asociadas a diabetes mellitus

Microangiopatía

Es el daño de la pared de vasos pequeños por glicosilación proteica. Este fenómeno consiste en la reacción química, no regulable, de la glucosa con el nitrógeno de las proteínas. Es un proceso sin retorno que depende del nivel de glucosa que tenemos en circulación, fuera de las células. Hay proteínas que tienen una vida muy corta, por lo que no llegan a alterarse de forma importante ni su cambio químico tiene consecuencias.

Macroangiopatía

Este cuadro, que afecta a la pared de grandes vasos, es un proceso aterosclerótico propiciado por el desbalance hormonal de la Diabetes mellitus, la glicosilación de lipoproteínas y receptores y la alteración lipídica que frecuentemente acompaña a la Diabetes. Analíticamente su principal manifestación es la alteración del control del colesterol, con valores elevados generalmente en base al colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol), lo que constituye el impropiamente llamado "colesterol malo"

Tratamiento

El inicio del tratamiento lo constituye la educación diabetológica (individual, familiar y grupal) y la motivación. El enfoque tradicional para el control de la diabetes comienza con dieta y ejercicio físico, seguidos de la suma de una medicación simple si la persona con esta enfermedad no está bien controlada; después se aumenta la dosis de esta medicación y, finalmente, se orienta una terapia combinada si el paciente no alcanza los objetivos glucémicos recomendados.

El tratamiento farmacológico es a través de los hipoglucemiantes orales sólo está indicado en diabéticos no insulinodependientes o tipo II, después de 2 semanas con tratamiento dietético sin lograr el control metabólico adecuado, o de entrada, si existen niveles muy elevados de glicemia. Se utilizan por orden de elección:

1. Glibenclamida (daonil o euglucon) tab. de 5 mg.

2. Tolbutamida (diabetón, orinase, rastinon). Tab. De 0,5 g. A utilizarse fundamentalmente en diabéticos adultos mayores no insulinodependientes.

3. Metformin o buformín: este grupo de biguanidinas es de utilidad muy restringida; sólo se usa en diabéticos obesos, menores de 50 años, con buen estado general y en ausencia de complicaciones hipoxémicas –enfermedades renal, hepática, respiratoria o cardiovascular-, previa interconsulta, y en pacientes en que no se controla su peso con glibenclamida o Tolbutamida y que además no necesita insulina.

2. EDUCACIÓN DE LOS HÁBITOS PREVENTIVOS EN LA SALUD

3.1. Valoración

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Percepción/ manejo de la salud: Determinar las percepciones sobre la salud, el manejo y las actuaciones que realiza para mantener la salud.

• Saber cómo se encuentra y las enfermedades que padece (diagnósticos médicos).

• Conocimiento y percepción que tiene sobre la enfermedad.

• Antecedentes familiares de DM, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, HTA y/o dislipidemias.

• Antecedentes personales (si DM diagnosticada con anterioridad, valorar antigüedad, síntomas, grado evolutivo o complicaciones y tratamiento de las mismas).

• Signos y síntomas de hiperglucemia y/o hipoglucemia.

• Medicamentos que toma, ya sean para el control de la diabetes como de otras patologías, prestando especial interés por aquellos que puedan alterar las cifras de glucemia (diuréticos, corticoides, etc.).

• Alergias, vacunas, prácticas perjudiciales para la salud (alcohol, tabaco, drogas, etc.).

3.2. Dieta de un paciente diabético

La dieta ideal de un paciente es una dieta balanceada que se ajuste a sus necesidades, gustos, nivel de actividad física y estilo de vida. Los horarios, tipos, y cantidad de comida serán planeados y ajustados especialmente para él. Es conveniente que el diabético trate de aprender un poco acerca de principios de nutrición, y será probable que deba hacer algunos ajustes en sus hábitos alimentarios. Cuanto mejor comprenda su dieta y los principios en que se basa, mayor será la flexibilidad que podrá disfrutar. La dietista es la persona indicada para ayudarlo a comenzar el camino hacia una nutrición adecuada y buena salud. Este profesional puede también ayudarlo a modificar sus recetas favoritas para que se adapten a su plan. Hay que recordar que las necesidades que el paciente tiene con respecto a su dieta no son como

las de todo el mundo. Por eso es que la ayuda de la dietista es tan importante. Una vez que el enfermo comprenda sus necesidades nutritivas, él mismo será capaz de diseñar sus propios menús y de tomar decisiones importantes con respecto a su dieta.

Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas

En los diabéticos obesos (generalmente tipo 2) será necesaria una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, lo que obligará a evitar los alimentos grasos y reducir el consumo de aquellos con un contenido calórico medio, como los ricos en hidratos de carbono y proteínas, permitiendo comer libremente aquellos alimentos de bajo contenido calórico, como los vegetales o las infusiones sin azúcar.

En los pacientes en tratamiento con insulina es importante que exista una regularidad tanto en los horarios como en la cantidad y composición de las comidas, y una sincronía adecuada entre éstas y la farmacocinética del tipo de insulina que se utilice, aunque en los diabéticos en tratamiento intensivo es posible una mayor flexibilidad.

Finalmente la dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas del tratamiento de la DM (hipoglucemia) y de las complicaciones crónicas. Es muy importante que el diabético en tratamiento farmacológico sepa perfectamente que, ante síntomas típicos de hipoglucemia, debe tomar inmediatamente 3-4 terrones de azúcar o una bebida azucarada (por ejemplo zumo de frutas) y que debe llevar siempre consigo este tipo de alimentos.

VALOR DEL INDICE GLUCÉMICO DE ALGUNOS ALIMENTOS

ALIMENTO INDICE GLUCÉMICO

Pan blanco 100 calorias

Pan de centeno 90-95 calorias

Puré de patata 100 calorias

Patata hervida 80 calorias

Platano 85 calorias

Zumo de naranja 70 calorias

Naranja 60 calorias

Manzana 55 calorias

Arroz blanco (15 min. de cocción) 80 calorias

Pastas alimentarias (índice medio) 50 calorias

15 min. de cocción 60 calorias

5 min. de cocción 45 calorias

Garbanzos 50 calorias

Habichuelas 40-50

Lentejas 30-40

Leche y yogur enteros 50

Leche descremada 45

Glucosa 140

Sacarosa 90

Fructosa 30

Recomendaciones para la dieta por intercambio de raciones:

• La sustitución de una ración por otra debe hacerse siempre en la misma comida.

• Los alimentos que contienen hidratos de carbono no pueden ser suprimidos ni acumulados en la siguiente comida.

• Las frutas y farináceos deben pesarse o medirse (vaso medidor).

• Las sustituciones deben hacerse sólo dentro del mismo grupo de alimentos.

• Las raciones asignadas no deben ser necesariamente del mismo alimento.

Así, cuatro raciones de farináceos pueden ser tres de arroz y una de pasta.

3.3. DIETA POR RACIONES

En los diabéticos obesos (generalmente tipo 2) será necesaria una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, lo que obligará a evitar los alimentos grasos y reducir el consumo de aquellos con un contenido calórico medio, como los ricos en hidratos de carbono y proteínas, permitiendo comer libremente aquellos alimentos de bajo contenido calórico, como los vegetales o las infusiones sin azúcar.

En los pacientes en tratamiento con insulina es importante que exista una regularidad tanto en los horarios como en la cantidad y composición de las comidas, y una sincronía adecuada entre éstas y la farmacocinética del tipo de insulina que se utilice, aunque en los diabéticos en tratamiento intensivo es posible una mayor flexibilidad.

Finalmente la dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas del tratamiento de la DM (hipoglucemia) y de las complicaciones crónicas. Es muy importante que el diabético en tratamiento farmacológico sepa perfectamente que, ante síntomas típicos de hipoglucemia, debe tomar inmediatamente 3-4 terrones de azúcar o una bebida azucarada (por ejemplo zumo de frutas) y que debe llevar siempre consigo este tipo de alimentos.

VALOR DEL INDICE GLUCÉMICO DE ALGUNOS ALIMENTOS

Pan blanco 100 calorias	Pan de centeno 90-95 calorias
Puré de patata 100 calorias	Patata hervida 80 calorias
Platano 85 calorias	Zumo de naranja 70 calorias
Naranja 60 calorias	Manzana 55 calorias

Arroz blanco (15 min. de cocción) 80 calorias

Pastas alimentarias (índice medio) 50 calorias 15 min. de cocción 60

5 min. de cocción 45 calorias Garbanzos 5 calorias

Habichuelas 40-50 calorias Lentejas 30-40 calorias

Leche y yogur enteros 50 calorias Leche descremada 45 c

Glucosa 140 calorias Sacarosa 90 calorias

Fructosa 30 calorias

Recomendaciones para la dieta por intercambio de raciones:

• La sustitución de una ración por otra debe hacerse siempre en la misma comida.

• Los alimentos que contienen hidratos de carbono no pueden ser suprimidos ni acumulados en la siguiente comida.

• Las frutas y farináceos deben pesarse o medirse (vaso medidor).

• Las sustituciones deben hacerse sólo dentro del mismo grupo de alimentos.

• Las raciones asignadas no deben ser necesariamente del mismo alimento.

Así, cuatro raciones de farináceos pueden ser tres de arroz y una de pasta.

1. Hidratos de carbono

Existen dos tipos de hidratos de carbono: simples y complejos.

Simples: se absorben rápidamente provocando subidas bruscas de la glucosa. Se encuentran en dulces, tartas, azúcar común, caramelos, refrescos, mermeladas. Estos alimentos deben evitarlos las personas con diabetes, ya que además favorecen el exceso de peso. Sin embargo los hidratos de carbono simples también se encuentran en otros alimentos como las frutas y la leche. Estos alimentos son muy recomendables, ya que aportan gran cantidad de otros nutrientes importantes como las vitaminas y la fibra.

Complejos: tardan más en absorberse y la subida de glucosa es más lenta y mantenida, con lo que es más fácil controlar la glucemia. En este grupo tenemos el arroz, la patata, los cereales, el pan, las legumbres, pastas y harinas. Son alimentos que se deben consumir a diario.

2. Fibra

Son hidratos de carbono complejos de origen vegetal que no se digieren y en el tubo digestivo disminuyen la absorción de la glucosa. Además tiene un efecto “bio” que favorece el buen funcionamiento del intestino. Por todo ello es beneficiosa para los diabéticos, ya que ayuda a controlar la glucemia. Se encuentra en legumbres, verduras frescas, fruta natural con piel y cereales.

3. Grasas

Su disminución reduce el aporte calórico de la dieta, por ser la grasa el nutriente con mayor contenido energético, importante para la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2* Por otro lado, en los

estudios epidemiológicos puede objetivarse que las poblaciones que consumen cantidades bajas de grasa saturada se ve reducida la mortalidad y la incidencia de enfermedades cardiovasculares en comparación con otras poblaciones con ingesta alta de grasa saturada.

* En general, la reducción de la grasa saturada reduce los niveles de LDL-colesterol, aunque no todos los ácidos grasos responden igual.

4. Proteínas

Se recomienda 1g/kg peso/día. Son necesarias para la reparación de los tejidos. Los alimentos ricos en ellas son: carnes, pescados, huevos, queso, leche.

5. Alcohol

Evitar las que tienen alcohol y alto contenido en azúcar como cerveza, vinos dulces, sidras dulces, licores. Se pueden tomar con moderación, las que tienen alcohol y baja cantidad en azúcar whisky, vinos, y jerez seco y sidra natural. Se consumirá siempre con las comidas y no más de 30-40gr.

3.4. UNA ALIMENTACIÓN MÁS SALUDABLE

- Disminuya la cantidad de carne que come. Use más pollo o pescado en sus comidas. Cuando coma carnes rojas, elija la que tiene menos grasa.
- Hornee o ase la carne en vez de freírla. Saque lo más que puede la grasa antes de cocinar la carne, incluyendo la piel del

pollo, y evite agregar grasas durante el proceso de cocinar. Cuidado con las salsas porque generalmente contienen mucha grasa.

- Elimine de su dieta, o disminuya la cantidad de alimentos ricos en grasa como ser embutidos, panceta, chorizos, salchichas, manteca, margarina, nueces, aderezos de ensaladas y grasa de cerdo.
- Coma menos helado, queso, crema agria, crema y otros productos lácteos con alto contenido en grasas. Busque las variedades que son elaboradas con menor contenido graso. Tienen buen sabor y están disponibles en la gran mayoría de los negocios. Beba leche descremada en vez de leche entera.
- Consuma panes, cereales y galletitas integrales.
- Coma más verduras, tanto crudas como cocidas. En vez de jugos de fruta, coma frutas frescas.
- Pruebe ciertos alimentos altos en fibra que pueden ser nuevos para usted como cebada, arroz integral, frijoles, lentejas y arvejas.
- No añada sal a la comida cuando cocina, y trate de acostumbrarse a no llevar un salero a la mesa para no agregar sal extra.
- Disminuya el consumo de comidas altas en sodio como ser sopas enlatadas, jamón, embutidos. Los alimentos que tienen un sabor muy salado, tienen mucho sodio.
- Coma menos cantidad de alimentos preparados, y trate de evitar restaurantes de servicio rápido. Aunque su comida pueda no saber salada, está cargada de sodio.
- No use azúcar común. Si es que está acostumbrado a añadir azúcar a sus bebidas, use algún endulzante artificial que no tenga calorías, como ser aspartame (Nutrasweet) o sacarina.
- Trate de evitar el comer miel, jalea, mermelada, caramelos, gelatina regular, y pasteles dulces. En vez de comer fruta

envasada en almíbar, elija frutas frescas o frutas envasadas en agua o jugos naturales.

- Beba gaseosas de dieta. Una lata de gaseosa regular de unos 360 cc contiene azúcar equivalente a nueve cucharaditas de azúcar.

3.5. EJERCICIO FÍSICO

En la DM2, el ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye el peso, ayudando a mejorar el control metabólico. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la hiperlipemia y la hipertensión arterial.

Se recomienda comenzar con ejercicios moderados como caminar o pedalear en bicicleta estática y posteriormente incrementar la intensidad. Es importante para mejorar la sensibilidad a la insulina que el ejercicio se realice al menos 3 ó 4 días por semana

Está claramente demostrado que el ejercicio físico es eficaz para prevenir la aparición de la diabetes tipo 2, caracterizada por la resistencia a la insulina. Su práctica habitual mejora el riesgo de resistencia a la insulina y, por tanto, puede retrasar la progresión de la intolerancia a la glucosa y la propia aparición de la diabetes. La actividad física regular mejora el control glucémico y reduce varios factores de riesgo cardiovascular, tanto en sujetos no diabéticos, como en personas con intolerancia a los hidratos de carbono o con diabetes tipo 2 sin tratamiento farmacológico.

5.13. RECOMENDACIONES SANITARIAS

Entre la información básica o de supervivencia que debe disponer el paciente que acude a la consulta de destaca lo siguiente:

• Información sobre la enfermedad: definición, cómo vigilar los niveles de glucosa en sangre, objetivos de control en cuanto a cifras.

• Información sobre las complicaciones agudas: híper glucemia (el aumento de los niveles de glucemia puede corresponder a factores como la excesiva o inadecuada ingesta de alimentos, el incumplimiento del tratamiento farmacológico, estrés, infecciones, etc.; acompañándose de síntomas como poliuria, polidipsia y polifagia.); hipoglucemias (debido al ayuno, ejercicio, medicación, manifestado por hambre, nerviosismo, temblores, mareo, somnolencia,...), y la forma de resolverlas.

• Importancia de los fármacos (no suprimir tomas de los ADO; respecto a la insulina: vía de administración, lugares de inyección, rotación, etc.), de la dieta (información dietética sobre alimentos y horarios), y del ejercicio para el control de la DM.

• Otra información muy útil puede ser dónde comprar y almacenar la insulina y demás material necesario, así como cuándo y cómo tener contacto con el médico o el personal enfermero.

Una vez el paciente conoce y maneja estos principios, se puede pasar a una educación más profunda, que comprende el control de otros factores de riesgo que pueden coexistir (HTA, obesidad, dislipemias, tóxicos), información más detallada relacionada con las habilidades de supervivencia (como variar la dieta, prepararse para viajar, etc.), así como medidas preventivas para evitar las complicaciones crónicas de la DM (cuidados y protección de los pies, higiene general -especialmente de la piel y de la boca-, cuidados de los ojos).

Se debe tener especial consideración con ciertos aspectos a la hora de comunicar, que pueden influir en la buena comprensión de la educación por parte del paciente.

Se puede destacar que:

• Personas recién diagnosticadas pueden sufrir las etapas del duelo, y debemos adecuarnos a cada individuo, pues este es un proceso personal.

• Aparte se debe valorar la información previa de la que dispone, la motivación para aprender y su nivel sociocultural.

• Preguntar al paciente y valorar por sus mayores temores respecto al diagnóstico de esta enfermedad, y de esa forma aclarar dudas y conceptos erróneos, a la vez que se le ofrece apoyo. De esta forma, la reducción de los niveles de ansiedad puede contribuir a una mejor disposición del paciente y a un mayor logro de los objetivos.

• Una comunicación efectiva logrará una mejor comprensión por parte del paciente.

- Exploraciones complementarias.

• Analítica cada seis meses. Debe incluir bioquímica (glucosa, perfil lipídico, creatinina), y hemoglobina glicosilada. Cada año, orina (microalbuminuria).

• EKG anual.

- Otros.

• Dispensación de material para administración del plan terapéutico (agujas, jeringas, lancetas, etc.).

• Dispensación de material informativo, así como cartillas para el registro de los autoanálisis.

En ocasiones, los pacientes deciden reutilizar las lancetas de punción para el autoanálisis de glucemia y/o las agujas de las plumas utilizadas para inyectarse insulina.

Según diversos estudios, esto puede ser debido a varias razones tales como el deseo propio por parte del paciente de reutilizar el material (que no tiene percepción de riesgo o que no quiere desechar algo que aún considera útil), por restricción o falta de suministro o bien por indicación expresa del profesional sanitario.

En este sentido es preciso destacar el hecho fundamentado de que la reutilización

De agujas es incorrecto En primer lugar, la reutilización de agujas del calibre utilizado habitualmente provoca un deterioro progresivo de la aguja, eliminándose la cubierta de protección usada para minimizar el dolor de la punción. Además de este elemento negativo de di confort para el paciente, existe mayor riesgo de rotura y de administración de dosis erróneas

3.6. Auto cuidado de la diabetes

El auto cuidado es para evitar Factores de riesgo como cardiovasculares (aumenta el riesgo de ataque al corazón, ataque cerebral y mala circulación en piernas y pies), como no cardiovasculares (complicaciones en la vista, enfermedades del riñón y nervios periféricos).

El Auto cuidado.- Se supone que sea el propio diabético quien tome las riendas de su Enfermedad para que, con la ayuda del médico y educador, pueda mantener sus niveles de glucosa en sangre, y las variaciones que siempre se producen, lo más cercanos posible a la normalidad.

Tiene que ser el protagonista de su tratamiento. La tarea exige bastante esfuerzo por su parte pero, a la larga, le produce muchas satisfacciones y le va a dar una cosa que es muy importante, libertad y seguridad en su vida diaria:

Los siguientes son temas importantes sobre los que el diabético debería de aprender:

Explicarle la razón del porqué es importante controlar los niveles de glucosa sanguínea.

Como controlar el nivel de la glucosa a través de comer lo indicado, actividad física, medicinas orales o insulina.

Cómo monitorear el control logrado con exámenes de orina o de sangre (hechos por él mismo) y qué hacer con los resultados.

Indicarles los Síntomas de glucosa alta o baja en sangre y cetosis, y cómo tratarlos y prevenirlos.

Qué hacer cuando está enfermo.

Prevención y tratamiento de las complicaciones diabéticas incluyendo daño a los ojos, nervios, riñones, pies y endurecimiento de las arterias.

Qué hacer cuando se presentan algunas variaciones en el estilo de vida como hacer ejercicio, viajes, y actividades sociales (incluyendo consumo de alcohol).

- Se le puede sugerir al paciente que use un brazalete o un collar, o que lleve una tarjeta en su billetera que lo identifique como paciente diabético. Esto es de ayuda en situaciones de emergencia.

- La evaluación preliminar psicológica y social debe ser incluida como parte del tratamiento de la diabetes.

Cuidados de los pies

Los pies nos permiten desplazarnos, movernos, caminar… nos dan independencia. Las personas que padecen diabetes pueden presentar con el tiempo una alteración de la sensibilidad y de la circulación. Los pies pueden afectarse seriamente, aumentando el riesgo de sufrir heridas e infecciones, lo cual disminuye la calidad de vida y pueden conducir incluso a la amputación.

No olvide que la prevención más efectiva depende de usted.

- Realice una inspección diaria de los pies comprobando la ausencia de lesiones.

- Lávese los pies todos los días con agua tibia y no los deje en remojo.
- Corte las uñas adecuadamente o mejor use una lima.
- Tras el lavado utilice una crema hidratante, pero no la aplique entre los dedos. No use polvos de talco.
- Utilice calcetines o medias de lana o algodón que no tengan costuras ni elásticos.
- Utilice un calzado adecuado, use zapatos que calcen bien y le permitan mover los dedos. Revise con la mano el interior de los zapatos antes de ponérselos, por si hay rugosidades o imperfecciones que pudieran dañarle el pie.
- Nunca camine descalzo.
- Visite con regularidad al podólogo.
- Si detecta lesiones en los pies nunca manipule las lesiones, consulte al personal sanitario que le atiende y nunca trate de quitarse usted mismo los callos. No utilice callicidas.
- No aplique frío o calor directamente en los pies. No se siente cerca del fuego o los radiadores.
- Haga ejercicio a diario para promover una buena circulación. Evite sentarse con las piernas cruzadas o pararse en una misma posición durante un tiempo prolongado.
- Comunique a su médico/a o enfermero/a cualquier señal de peligro, como son:

✓ Aparición de pus debajo de la uñas o en el centro de los callos.

✓ Cambio en el color de los pies (zonas rojas, azuladas o negras).

✓ Frialdad, dolor o alteración de sensibilidad en los pies.

No debe realizar

- Poner bolsas de agua caliente o dispositivos eléctricos para calentar sus pies.

- Enjuagar sus pies por mucho tiempo en el agua (esto saca los aceites naturales)
- Cortar callos o usar medicaciones para los callos.
- Usar zapatos que son muy ajustados o demasiado usados, o ligas o medias ajustadas que puedan impedir una buena circulación.

Primeros Auxilios para Heridas de los Pies:

- El hecho de que no sienta dolor cuando se lastima los pies no quiere decir que usted no debe prestarle atención a la herida. Lávela con un jabón suave y séquela con cuidado. Luego, aplique un antiséptico (por ejemplo pomada Polysporin). No use sales Epson, ácido bórico o tintura de yodo. Si es necesario poner una venda, use una gasa pequeña y tela adhesiva hipoalergénica (para evitar irritación de la piel). Eleve el pie cuando pueda durante el día por períodos de hasta 20 minutos.
- Elementos Necesarios para el Cuidado de los Pies
- Siempre trate de tener a mano los siguientes elementos:
- Limas para uñas o ralladores de callos
- Loción para la piel seca a base de lanolina.
- Tela adhesiva hipoalergénica y gasa.
- Polvo para los pies

3.7. TRATAMIENTO ORAL

Pastillas: ¡tomarlas y tomarlas bien!

1. Hay muchos tipos de pastillas que actúan de diferentes formas. Su médico/a elegirá el tratamiento más adecuado.

2 Los antidiabéticos orales son las pastillas que le utilizan para bajar el azúcar.

3 Nunca cambie o tome la medicación de otra persona. Aunque todas bajan el azúcar, lo hacen de distinta manera y pueden aparecer efectos secundarios.

- Aunque comience a tomar pastillas debe seguir haciendo dieta y ejercicio**.**
- No debe modificar la dosis salvo por indicación médica. Es importante saber que por encima de la dosis máxima no se obtienen mejores resultados**.**
- Indique siempre los fármacos que está tomando, lleve apuntado sus nombres, la dosis y la hora del día a la que tiene que tomar las pastillas.
- Riesgo de hipoglucemia. Hay que solucionarlo rápidamente tomando algo dulce y consultar con su médico después, ya que puede ser necesario modificar la toma de las pastillas. Cuando la hipoglucemia aparece, en tratamiento combinado con “acarbosa”, debe tratarse con glucosa pura (Glucosport)®. Si es su caso, llévelo en el bolsillo.
- A veces para controlar bien los niveles de azúcar es necesario añadir insulina al tratamiento.
- Nunca deje de tomar la medicación sin consultar con su médico/a.
- Si tiene que tomar otra medicación, por algún otro motivo, comuníqueselo a su médico/a.

La eficacia de los antidiabéticos orales depende que se tomen adecuadamente.**)**

También es requerida en diabetes tipo 2 si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en sangre. La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, ya que si se tomase por vía oral sería

destruida en aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingieren y de la actividad física que se realiza. Las personas que siguen una dieta estable y una actividad física regular varían poco sus dosis de insulina. Sin embargo, cualquier cambio en la dieta habitual o la realización de algún deporte exigen modificaciones de las pautas de insulina.

- Jeringuillas tradicionales, de un solo uso, graduadas en unidades internacionales (de 0 a 40).
- Plumas para inyección de insulina. Son aparatos con forma de pluma que tienen en su interior un cartucho que contiene la insulina. El cartucho se cambia cuando la insulina se acaba, pero la pluma se sigue utilizando.
- Jeringas pre cargadas. Son dispositivos similares a las plumas, pero previamente cargados de insulina. Una vez que se acaba la insulina se tira toda la jeringa

Diabetes Mellitus tipo 2. Con base en la evolución natural de la diabetes mellitus tipo 2, muchos pacientes requerirán un tratamiento con inyecciones de insulina, en algún momento de su evolución. La mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2, necesitan continuar con sus medicamentos orales más inyecciones de insulina, en otros pacientes se debe suspender el tratamiento oral y solo administrar inyecciones de insulina.

Las inyecciones subcutáneas son el método más común de administración de insulina, esta vía se usa porque en el tejido subcutáneo hay menos flujo sanguíneo y el medicamento es absorbido más lentamente por el torrente sanguíneo y prolonga su efecto.

Las jeringuillas vienen en diferentes potencias (U40, U80 y U100) La recomendación más importante es asegurarse que se está utilizando la jeringuilla que corresponda con la potencia de la insulina ordenada.

La insulina puede inyectarse a través de distintos dispositivos.

3.8. TÉCNICA DE INYECCIÓN:

Lavarse previamente las manos y mantener limpia la zona de punción. La inyección se realiza con un ángulo de 90º o perpendicular a la piel, ya que la longitud actual de las agujas está calculada para dicho ángulo de superficie a tejido celular subcutáneo.

Una vez clavada la aguja se aspira levemente para comprobar que no entre sangre y se procede a la inyección.

1. Limpie el área de la inyección con algodón y alcohol o con agua y jabón.

2. Sujete la jeringa como un bolígrafo en una mano. Con la otra mano, coja un pellizco y pinche a unos 45 grados o 90º.

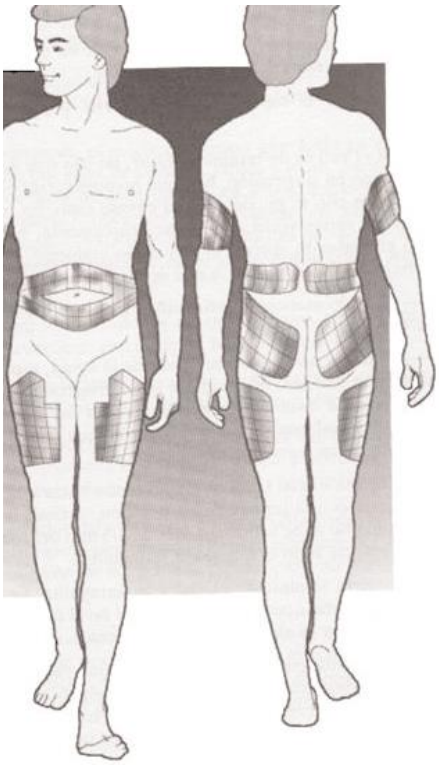
3. Empuje la aguja dentro del tejido subcutáneo. Sujete la jeringa con la otra mano y con la que queda libre empuje hacia fuera el émbolo 3 ó 4 unidades.

4. Si no aparece sangre en la jeringa, empuje el émbolo hacia abajo por completo y después saque la aguja. No inyecte nunca si aparece sangre. En este caso saque la aguja, **tírela** y prepare otra dosis, inyectándola en otro sitio.

5. Después de inyectar la insulina cubra el pinchazo con un algodón y apriete suavemente unos segundos, pero no lo raspe o apriete demasiado pues esto puede producir que la insulina se absorba dentro del flujo sanguíneo demasiado pronto.

Los lugares más apropiados para la inyección de insulina son: muslos, región abdominal, zona glútea y brazos. No se administren si la piel esta

quemada, endurecida, enrojecida, inflamada o dañada por una inyección previa.



3.8.1. Por qué es necesario rotar dentro de la zona

• La razón principal de rotar entre zonas y dentro de éstas, es asegurarse de no mantener el mismo sitio de inyección continuamente. Éstas son las razones:

• Si regularmente el paciente se inyecta en el mismo punto, el tejido de la zona no tiene tiempo a recuperarse (lo estamos rompiendo continuamente), e inyectándole insulina repetidamente que es un factor de crecimiento, esto puede favorecer que el tejido se endurezca y se formen bultos que deriven en lipodistrofias o lipohipertrofias (más conocidas como “lipos”).

• Las lipos pueden ocasionar serios problemas. No solamente estéticos (porque los pequeños bultos siempre tienden a hacerse más grandes), lo más importante es que afectan a la absorción de la insulina. Y esto afecta

al buen control de los niveles de glucosa provocando desde serias complicaciones, a que el paciente no se sienta tan bien como debiera.

3.9. ¿QUÉ SON LAS LIPODISTROFIAS?

• Las lipos (o lipodistrofias) son bultos o entumecimientos de la piel que se pueden formar debajo de la piel en las zonas habituales de inyección.

Mientras que muchas personas que se inyectan tienen lipos, se pueden evitar utilizando una adecuada técnica de inyección.

• Pueden aparecer en cualquier zona donde se inyecte la insulina y tanto el profesional como el paciente deben aprender a detectarlas.

Es importante que el paciente auto-examine regularmente las zonas de inyección. Debe buscar bultos, inflamaciones, rojeces irregularidades, entumecimientos o durezas en el interior de la piel.

4. ENFOQUE DEL AUTODESARROLLO COMUNITARIO

4.1. Principios y Epítemas del Autodesarrollo comunitario

El autodesarrollo comunitario conceptualmente se asume como el proceso de gestación de lo comunitario expresado en un crecimiento en salud donde la participación y la cooperación son cada vez conscientes.

“Tal constructo es epistémico deriva en principio de análisis, evaluación e intervención comunitaria desde la concepción del Centro de Estudios Comunitarios y se concreta en la asunción de:

- La conciencia crítica como premisa de la disposición al cambio y una nueva actitud ante la realidad.
- La modificación de la realidad comunitaria como acto creativo teniendo en cuenta las circunstancias y las potencialidades internas de los sujetos individuales y colectivos.
- La autogestión y la sostenibilidad concibiéndolas de modo integral, a largo plazo y mediante el aprovechamiento y

potenciación de los recursos disponibles tanto materiales como espirituales.

- El avance inmediato como realización de la potencialidad latente y premisa del futuro.
- La multi condicionalidad de los procesos sociales comunitarios”[12]

4.2. COMUNIDAD

Autores como A. Sánchez prefieren abordarlos elementos comunes que caracterizan el concepto de comunidad 1) localización geográfica de base; 2) estabilidad temporal ; un conjunto de instalaciones, servicios y recursos materiales; estructura y sistemas sociales y 5) un componente psicológico resultante, de carácter básicamente identificativo y relacional.

En el caso de. H. Arias, valora la comunidad como un organismo social que ocupa determinado espacio geográfico, que está influenciado por la sociedad geográfico, que esta influenciado por la sociedad de la que forma parte, y a la vez funciona como un sistema más o menos organizado integrado por otros sistemas como la familia, los grupos, las instituciones y organizaciones, los que en su interacción definen el carácter subjetivo, material en dependencia de su nivel de organización y a su actuación respecto a las condiciones materiales donde transcurre su vida y actividad.

Aunque al parecer la mayoría de los actores no se han puesto de acuerdo para definirla, comparten indistintamente os elementos estructurales que la confirman y coinciden en verla como: un grupo de personas localizadas en esta área geográfica; como instalaciones sociopolíticas necesarias para la relación con los sistemas sociales mayores.

Si bien estos elementos resultan esenciales para definir la comunidad, por lo general se ha considerado como la suma de sus miembros, sin entender la complejidad d los procesos comunitarios que surgen en su interior.

Lo comunitario como alternativa para potenciar el desarrollo de la comunidad propone varios componentes que nos referimos para situar nuestro trabajo investigativo; elementos esenciales a lo comunitario son la participación y cooperación.

4.3. PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN

La participación y la cooperación son efectivamente las variables esenciales del trabajo comunitario, concibiéndose como participación a la implicación sentida de los actores comunitarios en la identificación de contradicciones, mientras que la cooperación se la entiende como forma de la actividad coordinada de dichos actores como arreglo a un plan.

La participación constituye el modo en que funcionalmente resulta posible la acción colectiva del grupo como sujeto de la actividad, es en este marco que la actividad alcanza toda la riqueza de sus manifestaciones en el planteamiento y debate de opciones, la toma de decisión, la ejecución y el control de éstas.

Concebir la participación como inclusión de los actores sociales en tanto sujetos de la acción social constituye un elemento nuclear que expresa el vínculo de simetría presente en diversas gradaciones dentro de las relaciones grupales, en la medida que la inclusión en la actividad se produce como sujeto de la misma. Su negación reduce dichos actores a objeto o medio de la actividad como manifestación de un vínculo de asimetría presente en las relaciones en que transcurre el proceso inclusivo, de ahí que no sea suficiente considerar la inclusión en la conceptualización de participación sin agregar la condición (sujeto, medio u objeto) en que esta se produce en términos comunitarios.

Para nosotros la participación constituye una acción humana, necesaria y encaminada a fines concretos, influyente, multidimensional, que expresa una relación social y democrática y permite aprendizajes de actitudes y de vínculos.

De estos conceptos se derivan algunos supuestos o principios de la participación:

- La participación no es algo que se conceda.
- No se participa en abstracto, sino en algo y para algo.
- La participación deja huellas, no es vacía ni carente de sentido .
- Se da en cualquier esfera de la vida social.
- Transcurre en una relación de horizontalidad y no de verticalismo.
- Hay que pensar y concebir la participación y promovería en términos de proceso de construcción social en el que facilitan aprendizajes.

Según Ander Egg existen tres condiciones básicas para la participación:

- Proporcionar instrumentos para la participación a fin de que la gente sepa como participar y realizar las actividades que supone esa participación. Y llegado el caso. Desempeñar funciones de gestión y dirección. Para ello hay que saber aplicar técnicas grupales, planificar, actividades, organizar el trabajo, administrar organizaciones, etc.
- Institucionalización de los mecanismos de participación. O sea que no dependen solo de la buena voluntad y al mismo tiempo que no se burocraticen.
- Que se aporten elementos de información para saber de qué se trata, que es lo que pasó, añadir elementos de reflexión teóricos para dar significación a la participación en cuanto a lo que hace a su intencionalidad.

La participación comunitaria constituye un proceso que se inicia cuando profesional y comunidad, desde sus lugares, saberes y poderes se relacionan para construir el saber social. Al ser este un proceso de investigación acción esta participación tiene la particularidad de ser

transformativa, de conducir a nuevos descubrimientos y al planteo de alternativas de cambio.

La cooperación ha sido entendida como la forma de interacción social de dos o más actores o individuos que persiguen los mismos objetivos, es decir trabajando juntos para lograr un mismo fin, con acuerdos tomados en un clima de consenso y respeto mutuo.

La cooperación representa una vía de socialización a sus distintos niveles y condiciones, lo cual propicia las capacidades individuales y colectivas necesarias para el desarrollo de una sociedad regida por principios de justicia social.

Desde esta perspectiva la cooperación potencia los procesos de desarrollo y de socialización, y al no existir procesos de cooperación evidentemente se observan procesos de desintegración y en escala fragmentadores.

Joaquín Alonso manifiesta que la cooperación es la colaboración social dentro de la acción conjunta en que se integra el aporte individual y particular a la actividad de la colectividad. Ella expresa la lógica de la acción del sujeto colectivo en la actividad comunitaria donde los aportes que se producen desde las acciones individuales engendran una fuerza conjunta superior a la que de los individuos que la componen. Tal superioridad viene dada por no se la suma de partes homogéneas, sino la integración de la diversidad proveniente de una diferenciación estructural de cada particularidad involucrada (como tipo social) y de sus manifestaciones personales en términos de singularidad. Aquí la integración de la diversidad en un sujeto colectivo es posible por aquel elemento estructural de unión del grupo social, la sea la relación de vecindad o la relación vincular del oprimido frene a la opresión, la cooperación es esencial para el grupo como oposición a la competencia en la que el otro siempre está en la posición de adversario.

4.4. PROYECTO

Otro rasgo esencial a todo vínculo de carácter armónico de lo comunitario es el proyecto colectivo como proceso donde queda expresados los fines de la actividad. Fines que son planteados a partir del reflejo de la conciencia colectiva, del lugar estructural de los mismos del grupo social dentro del conjunto de relaciones sociales, las contradicciones esenciales que se derivan de ello y las vías funcionales para su actuación práctica. Es por ello que se establece una lógica para las acciones colectivas de su práctica social. De este modo el proyecto contiene direccionalidad a la actividad del sujeto colectivo, y adquieren ambos, carácter comunitario evidente en el estado de madurez del factor subjetivo del grupo social.

El movimiento del factor subjetivo tiene su fundamento material más en el estado del sistema de contradicciones esenciales en que está inserto el grupo que en su lugar estructural, cuya estabilidad solo se ve afectada por las crisis estructurales que ocurren al interior del modo de producción, o por los grandes saltos históricos de transformación revolucionaria de la sociedad, los cuales se producen como resultado a su vez del movimiento del sistema general de contradicciones (las sociales generales y las particulares del grupo) donde hay que lanzar la mirada para explicar el movimiento del factor subjetivo.

Lograr la unidad valorativa y de significación de sentido es lo que convierte el proyecto comunitario en un valor en sí y posibilita su avance en el ideal del autodesarrollo.

4.5. ETAPAS DEL INTERVENCIÓN COMUNITARIA

ETAPA 1: INTERCAMBIO INICIAL CON EL SUJETO NECESITADO DE LA ACCIÓN PROFESIONAL.

- **Forma de realización** se puede desarrollar a través de reuniones y dialogar con la entidad o grupo de personas que desde la comunidad expresa la demanda de intervención profesional, como son las personas diabéticas para conocer los hábitos alimenticios y costumbres.

ETAPA 2: EXPLORACION DEL ESCENARIO

- **Forma de realización**

  Se realiza mediante la aplicación de métodos tales como: Entrevistas, Observación participante, encuesta a la población en estudio, mediante una matriz de diagnóstico.

- **Matriz para el diagnóstico participativo**
  - Problemas comunitarios: situaciones negativas que afectan a la comunidad.
  - Prioridades: Analizar cada problema en relación con efectos e impactos futuros.
  - Factores condicionantes: Elementos claves asociados al origen del problema.
  - Posibles acciones: Actividades concretas que contribuyen a las soluciones
  - Responsables: Encargados de la coordinación de las acciones.
  - Periodo de ejecución: Fecha de inicio y término de la actividad

Es necesario precisar que en este proceso investigativo llegamos a desarrollar hasta esta etapa, puesto que el proceso en sí de intervención dependerá de la propuesta que se presente a los pacientes diabéticos para poder continuar con las siguientes etapas como interventores comunitarios.

ETAPA 3: PROCESO DE DIAGNOSTICO Y BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

La tercera etapa es el proceso de diagnostico y búsqueda de soluciones a través de los espacios de reflexión grupal. Teniendo en cuenta los indicadores teóricos elaborados, este momento es fundamental para la construcción de los indicadores diagnósticos de población: “características del modo de vida de una población, relacionados con el problema demandado, sobre los cuales esta no reflexiona y por tanto no

hace cuestionamientos.” [19] Estos dan cuentan de las áreas que necesitan ser objeto de intervención.

En esta etapa utilizamos el método de grupo de reflexión, mediante le cual podremos investigar la realidad social y nos servirá para la construcción de los indicadores diagnósticos de población.

Las sesiones de trabajo se organizan teniendo en cuenta los momentos de la intervención grupal. El análisis de las sesiones se efectúa en dos direcciones: un análisis temático o descriptivo y un análisis dinámico o interpretativo. En el primero se describen los contenidos y significados de las elaboraciones realzadas por las participantes acerca del tema abordado. El segundo se realiza a partir de los indicadores del cono invertido prepuestos por Enrique Pinzón Riviére, los que permiten explicar elementos subyacentes sobre el contenido de las sesiones y evaluar el proceso de intervención grupal.

.

- **Forma de realización**

Espacios de reflexión grupal donde se potencia la reflexión crítica sobre las contradicciones que generan los malestares y la construcción de proyectos por los miembros de la comunidad.

ETAPA 4: EVALUACIÓN

La cuarta etapa del proceso de intervención es la evaluación, que tiene dos dimensiones: la evaluación de la eficacia, donde se analiza el cumplimiento de los objetivos propuestos por el programa; y la evaluación de impacto realizada a largo plazo, en la que se valora la transformación real del objeto de investigación.

- **Objetivo**

Lograr la apropiación critica colectiva de los resultados alcanzados en los planos científicos y transformativos.

Forma de realización:

5 **Evaluación de la eficacia**

El cumplimiento de los objetivos propuestos de los programas de intervención.

6 **Evaluación de impacto**

El impacto transformador sobre la realidad comunitaria.

- **Producto**

Informe que se va exponer los niveles de autodesarrollo logrados por problemáticas comunitarias

ETAPA 5: SISTEMATIZACIÓN

Finalmente, la última etapa designada sistematización, persigue, la profundización y valoración crítica sobre el proceso de intervención, desde la acción profesional, los métodos utilizados, hasta los resultados obtenidos, con el fin de perfeccionar los referentes teóricos y metodológicos empleados.

- **Objetivos**
  - Sistematizar las experiencias de investigación y transformación de los espacios grupales.
  - Desarrollar los referentes teóricos a la luz de los resultados de los procesos grupales.
- **Forma de realización**

- Revisión de la documentación de las evaluaciones de los procesos grupales.
- Reflexión teórica de los resultados obtenidos a nivel de regularidades empíricas.

- **Producto**

Informe del proceso de intervención (investigación-transformación)

6. METODOLOGIA

La metodología que se asume para esta investigación reconoce al grupo social como el elemento fundamental para su definición debido a la naturaleza social de los procesos de aprendizajes compartidos y cooperados que pueden construirse en los grupos de pacientes diabéticos bajo la certera facilitación del profesional que guie el proceso intervenido.

Aplicar este referente metodológico al proceso de resolución de potenciar los estilos de vida saludables que se propone constituye sin lugar a dudas un gran reto investigativo, pero de ellos se asumirá la posibilidad de lograr la participación en la búsqueda de soluciones por parte de los involucrados pacientes a sus propias inquietudes e intereses, la cooperación entre ellos en proceso de aprendizaje y la implicación emocional y afectiva con la tarea que ellos como grupo se proponen.

La metodología del autodesarrollo comunitario asume el estudio como investigación Acción Participación-Transformación de la realidad y cimienta sus tesis en principios teóricos como el de la unidad de los enfoques multi, inter y transdisciplinar.

Desde esta óptica la realidad social se asume en forma dinámica, diversa, multicausal, en calidad de proceso y centrada en el individuo se interpretan y comprenden los fenómenos conductuales y sociales a partir del análisis de la subjetividad individual y comunitaria, condicionada por el contexto en que se recoge la información y la mirada científica y su actividad se centra en el análisis de las necesidades, malestares y demandas de grupo de pacientes como protagonistas de los cambios históricos sociales a realizar, de su emancipación y de su autodesarrollo y en la modificación de la realidad, a través de la acción conjunta entre el profesional y el grupo.

Teniendo en cuenta los presupuestos teóricos abordados, los cuales constituyen directrices referenciales en la búsqueda de respuesta al

problema científico planteado, así como las tareas de investigación trazadas para su cumplimiento, se concebirá la investigación desde un paradigma mixto, cuali-cuantitativo, en el que se combinan de forma enriquecedora el análisis cuantitativo de los resultados y valoraciones cualitativas de la información obtenida a partir de los instrumentos de recogida de datos utilizados. El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema.

Desde esta perspectiva, se decidirá realizar un estudio descriptivo de tipo transversal tomando como unidades de análisis los pacientes con diabetes tipo 2 que viven en el barrio la Trinidad.

5.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población se considera a Todas las personas del barrio la Trinidad de la parroquia Malacatos.

Muestra: Para la selección de la muestra por ser intencional se delimito al considerar a las personas diabéticas del tipo II, desde 45 a 85 años, que son 18 de sexo femenino y 12 de sexo masculino, del Barrio la Trinidad de la parroquia Malacatos.

Esta muestra se tomó debido a que en este barrio existe gran cantidad de pacientes diabéticos tipo II, nos permitirá evaluar y dar seguimiento al proceso de investigación a lo largo del tiempo.

5.2. FUNDAMENTACIÓN DE MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS

En el presente trabajo, debido a la naturaleza investigativa, se determinó una metodología cualitativa, basada en la utilización de métodos como el analítico-sintético, para intentar comprender la problemática de los estilos

de vida responsables ante la enfermedad de los pacientes diabéticos que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia Malacatos.

5.2.1. Métodos Teóricos

Analítico –Sintético: se aplica para la revisión bibliográfica que permitirá determinar los fundamentos teóricos y metodológicos para analizar en el fenómeno objeto de estudio y su relación con otros objetos, así como para el procesamiento de la información.

5.2.2. Métodos Empíricos

Análisis de documentos: Para la revisión de las fichas familiares y historias clínicas, que se realiza mediante las visitas domiciliarias, lo que permitirá delimitar la muestra de estudio.

Observación participante: A partir de la propia actividad profesional, durante el desarrollo de la investigación, para constatar a los sujetos en la actividad.

Entrevista: se aplicará a los 30 pacientes diabéticos para conocer las diferentes problemáticas tratadas en esta investigación, especialmente sobre los estilos de vida saludables.

Encuesta: Se aplicará a los 30 pacientes diabéticos, con esta información se puede explorar y contextualizar nuestros temas de investigación.

Grupo de reflexión: Este dispositivo grupal tiene implícita la tarea de pensarse y vivenciales a sí mismo , en grupo se plantea el trabajo con las subjetividades, en el permite reflexionar, discutir, interactuar un determinado tema en el cual se va a cambiar la subjetividad de las personas diabéticas, promueve sentimientos positivos de pertenencia, favorece el despliegue del potencial vincular, de la identidad profesional, facilita el saneamiento del rol y coadyuva en la prevención de factores de riesgo.

5.3. MATERIALES

Los materiales utilizados en la presente investigación van hacer:

- **Recursos materiales**: Computador, impresora, suministro de oficina, material de escritorio (esferográficos, carpetas etc.), papers de diabetes, copias.
- **Recursos Bibliográfico**s: Agendas familiares, libros: desarrollo comunitario, diabetes, cuidados, régimen alimenticio. Internet, material bibliográfico, documentos varios.
- **Recursos Humanos:** Director/a de tesis, investigador, pacientes diabéticos, Dr. Endocrinólogo.

6. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO	**COSTO**
Material bibliográfico	150,00
Material de oficina	100,00
Preparación de borrador	100,00
Localización de los pacientes	70,00
Movilización	100,00
Reproductor de tesis definitiva	170,00
Empastado	120,00
Imprevistos	200,00
Total	1.100,00

Nota: los valores serán costeados por el autor de la tesis.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES QUE SE VAN A

REALIZAR EN LA INVESTIGACION

ACTIVIDAD	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEM				OCTUB				NOVIEM				DICIEM				ENERO				FEBRER				MARZO				ABRIL				MAYO			
REALIZACION DEL PROYECTO	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																							
APROBACION DEL PROYECTO									X	X	X	X	X	X																																		
RECOLECCION DE DATOS															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																								
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS																									X	X	X	X	X	X	X	X																
REALIZACION DEL INFORME FINAL																																	X	X	X	X	X	X	X	X								
ENTREGA DEL TRABAJO																																									X	X						
REVISION DE TRABAJO																																											X	X				
DISERTACION DE BORRADOR																																													X	X		

7. BIBLIOGRAFIA

. American Association of Endocrinologists (AACE). AACE guidelines for the management of diabetes mellitus.Online:

http://www.aace.com/guidelines/diabetes_guide.html. March 1995American

http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes

2.American Diabetes Association.National Standards for DiabetesSelf-Management Education Programs and American Diabetes Association Review Criteria. Diabetes Care 1996; 19: s114-s120. Online: http://www.diabetes.org/DiabetesCare/Supplement/s114.htm.

[3]. Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clinica para la Atención Primaria de Salud. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1989.

4. Ariel Colina, UNAM, Periodico Mural Diabetes,factores de riesgo, obtenido de la paagina Web de la facultad de medicina 2006.

5.Comunidad concebida para este apartado Diabetes Association. Nutrition Recomendations and principles Naranjo, A. et al.- Clínica de Diabetes del Hospital Vozandes. A través de una década. Revista Médica Vozandes. Vol 10. Nº 1. Spt. 1996. 78-82.

6. (Gonzalez, 2011)

7.AnnLavin. (2005). Diagnostico, clasificacion, federacion de diabetes. *Federacion de enfermeras*, 50 -53.

8.Castillo, V. (10 de 04 de 2012). *Elseveir*. Recuperado el 16 de 09 de 2014, de Elseveir.

9.Gonzalez. (11 de 04 de 2011). *www.guioteca.com.* Obtenido de www.guioteca.com.

10.Harrison. (2009). *Principios de Medicina Interna.* España: 16 edicio.

11.Julián, C. J. (2008). *Enciclopedia de la Ciencia y de la Tecnica.* España: ediciones oceano.

12.http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/la_diabetes/criterios_diagnostico.htm.

13.O.P.S. Declaración de las Américas sobre Diabetes. 1996. Boletín informativo. United Kingdom Prospective Diabetes study group: relative eficacy of randomly allocate diet, sulphonylurea, insulin or metformin in patients with newly diagnosed non-insulin

14.Harrison. Principios de Medicina Interna 16a edicion (2006), capitulo 338 Diabetes Mellitus.

15.Duran, Víctor Hugo, Perspectivas de salud; revista electrónico de la OPSn· 2 2007-2008; marzo del 2008.

16.Francone Jacob, Anatomía y Fisiología, vol 3, 3 edición interamericana- Mexico, 2000, pag 1617-1618.

17.Rivera, Celia Marta, “Perspectivo Epistemlógico de los Estudios Comunitarios” UNL, 2008, p 43.

18.Alonso Freire, “Comunidad y lo comunitario en su deber histórico, centro de estudios comunitarios”, Universidad Central Marta Abreu, las Villas, 2008, p3.

19.American Diabetes Association. Nutrition Recomendations and principles for people with diabetes mellitus. **Diabetes Care.** 1995; 18 (suppl). 16 -19.

19.American Diabetes Association. Clinical Practice Recomendations 1998. **Diabetes Care.** 1998; 21 (suppl.1)

20.ALAD. Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente. Buenos Aires. **ALA**D, 1995.

21.Assal, J.P. Conceptos para la Clínica ideal de Diabetes. Nw.York. 1992.

22.De Alva, M. Enseñanza eficaz de los educadores en Diabetes. Alocución en el 15congreso de la F.I.D. 1994

23.De la Torre W, Guerron A, Chiza M, Guffantti G, Bernal N, Arroyo M. Intensiveintrahospitalary education program in type ll DM. One year evaluation. Proceedings of15th international diabetes federation congress Kobe. 1994; 509: 1420.

24.De la Torre W. Editor. Diabetes Mellitus tipo dos. Optimización metabólica y terapéutica intrahospitalaria. 1996.

25.Franz, Monk, Barry et al. Efectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized controlle

26.Clinical trial. Journal of the American Dietetic Association. Vol. 95. Nº. 9. Spt. 1995:1009-17.

27.Kaplan R, Davis W. Evaluating the cost and benefits of outpatient diabetes education and nutrition counseling. Diabetes Care. 1986; 9: 81-6.

28.Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud (OPS).- Situación de la Salud en el Ecuador. Indicadores básicos por provincias. Boletín informativo. 1997.

29.Guia de atención de la diabetes tipo 2 -Nuance PDF Reader 6º

30.Programa de Apoyo a la Reforma de laSalud. Ministerio de la Protección Social

31.De-los-Ríos CL, Guerrero-Sustaita V. Deprssion in the patients with DM2 and diabetic nephropathy. Desarrollo Científico de Enfermería 2003;5:136-140.

32.Baum N. Evaluation and treatment of organic impotent in the male diabetes mellitus. Diabetes Educator 1998;14:123-129.

33. Dunning P. Sexuality and woman with diabetes mellitus. Patient Educ Counsel 1993;21(1-2):5-14.

[3]4. Guirquis W. Impotent in diabetes: facts and fictions. Diabet Med 1992;9:286-296.

35.Morrison H. Diabetic impotence. Nurs Times 1998; 84:35-37.

36.www. Ecuadiabetis.com Ecuadiabetes: Ofrece educación diabetológica

37. Comunidad concebida para este apartado como espacio físico.

38. Chaney, David. Estilos de Vida. 1er. s.l. : Talasa Ediciones, S.L., 2003.

39 *Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión.* **Melchiors, AC, y otros.** 1, Brasil : s.n., 2004, Seguim Farmacoter, Vol. 2, págs. 1-11

40.. Jiménez, 2001, Atención de enfermería al paciente, pag. 45 y 46

41- Psychometric evaluation of the Problem Areas in Diabetes (PAID) survey in Southern, rural African American women with Type 2 diabetes. Miller S., Elasy T. 70, February de 2008, BMC Public Health, Vol. 8.

42. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Cárdenas, Velia, Pedrazo, Carmelita y Lerna, Reyna. 003, Monterrey : s.n., Julio - Septiembre 2005, Ciencia UANL, Vol. VIII, págs. 351-357

43.Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. Mata Cases M., Roset Gamisans M., Badia X., Antoñanzas F., Ragel J. 8, 2003, Atención Primaria, Vol. 31, págs. 493-499.

44.*La* calidad de la vida del paciente diabético. Hernández, Alberto, y otros. 1, La Habana : Rev Cubana Med Gen Integr, 2000, Vol. 16, págs. 50-56.

7.1. VARIABLES Y SU OPERATIVIZACIÓN:

Estilo de Vida responsables

Variable dependiente

OPERACIONALIZACIÒN DE LAS VARIABLES

Variable	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**Indicadores**
Estilo de vida	El estilo de vida es el comportamiento, costumbres o modos de vida cotidiana. Es la expresión de lo que se hace para bien personal o colectivo. Habito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas para sentirse saludables: ejercicios físicos, dieta, relaciones interpersonales, etc.	▪ Nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios. Vinculados en la prevención de la diabetes. ▪ Accesibilidad a los servicios de salud.	• Auto cuidado a pacientes diabéticos. • Dieta • Ejercicio físico • Higiene personal • Accesibilidad económica. • Accesibilidad geográfica • Accesibilidad cultural.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores
Auto-desarrollo comunitario		Dimensión conciencia crítica.	a) Identificación de contradicciones. b) Análisis de los cambios. c) Disposición al cambio.
		Dimensión Participación.	a) Incorporación en la proyección de las tareas. b) Reflexión. c) Toma de decisiones. d) Disposición para la incorporación a las tareas.
		Dimensión Cooperación.	a) Coordinación en torno al logro de objetivos comunes. b) Integración en torno al logro de objetivos comunes.
		Dimensión Proyecto.	a) Construcción de alternativas de solución. b) Elaboración de un plan de acción.

MATERIAL INFORMATIVO Y GUIA PARA LAS INTRERVENCIONES

SESION 1

Presentación

- ✓ Presentacion de los participantes
- ✓ Historia de la Diabets
- ✓ Aspectos generales acerca de la Diabetes
- ✓ Derechos y responsabilidades de las personas con Diabetes

Actividades para la casa

- ✓ Cuestionario del temario de las generalidades de la Diabetes
- ✓ Lecturas dirigidas (reproducción de materiales informativos acerca de la Diabetes

SESION 2

Alimentación

- ✓ Revisión de las actividades enviadas a casa
- ✓ Comentario de las lecturas que se enviaron
- ✓ ¿Porque no puedo comer lo mismo que las personas sin diabetes? Diferencias entre la insulina humana y las comerciales (horarios e intensidad de su acción
- ✓ Tipos de alimento como inciden en el incremento o disminución de la glucemia
- ✓ Cantidad de azucares por tipo de alimento tabla de composición alimentarias

Actividades para la casa

- ✓ Responder temario sobre la alimentación de los pacientes diabéticos

- ✓ Lecturas acerca de la alimentación para las personas q padecen diabetes

SESION 3

Alimentación 2da parte

- ✓ Revisión de las actividades enviadas a casa
- ✓ Comentario de las lecturas que se enviaron
- ✓ ¿Cuánto sube la glicemia con cada alimento?
- ✓ Qué y cuanto me conviene comer a mi?
- ✓

Actividades para la casa

- ✓ Hacer ejercicio de cálculo de índice glicémico con los alimentos q más les gusta y como influyen en su enfermedad
- ✓ Lecturas orientadas al comportamiento de la alimentación y los cambios q se deben producir en los pacientes con diabetes

De esta forma se debe continuar con cada una del temático trabajo en las horas destinadas para los talleres y trabajos para que cada uno de los pacientes con sus familias los realice en sus casas.

Los temas que se deberán tratar tentativamente pueden ser:

- ✓ Las grasas y su influencia en la diabetes
- ✓ La Insulina
- ✓ Insulina autocontrol
- ✓ Autocontrol
- ✓ Actividad física
- ✓ Complicaciones agudas
- ✓ Complicaciones crónicas

- ✓ Evaluación al cierre de las temáticas para mediar como se ha logrado incidir en el comportamiento delos pacientes y las familias

INDICE

CERTIFICACION ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS. iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

a. TITULO 1

b. RESUMEN 2

ABSTRACT 4

c. INTRODUCCIÓN 6

d. REVISIÓN DE LITERATURA 8

DIABETES TIPO II 8

Definición 8

Síntomas 9

- Complicaciones de la piel 13
- Complicaciones de los pies 14
- Cetoacidosis 14
- Enfermedad renal (nefropatía) 14
- Derrame cerebral 15
- Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico 15
- Gastroparesia 16

e. MATERIALES Y METODOS 38

f. RESULTADOS 48

g. DISCUSION 84

h. CONCLUSIONES 89

i. RECOMENDACIONES 91

j. BIBLIOGRAFÍA, ... 93

k. ANEXOS 97

INDICE..... 188