

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS



GESTIÓN SALUD: **UNA VÍA SANITARIA PARA** **EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN** **PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS**



GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS

AUTORES

Juan Antonio Vera Hinojosa

Médico

juanantonioverahinojosa@gmail.com

Ivonne Carolina Recalde Tello

Médico General

ivonne_ecua16@hotmail.com

Karla Lissette Flores Flores

Médico

floresfkl@gmail.com

Clemente Manuel Chang García

Médico General

clementechang33@gmail.com

Elizabeth Yolanda Revelo Hidalgo

Médico General

elisept24@gmail.com

José Luis Maldonado López

Médico Cirujano

jlmaldonadol@hotmail.com

Linda Beatriz Dávila Solorzano

Médico

lindbed_2605@hotmail.es

Angela Mishel Torres Cadena

Médica Cirujana

mishut@outlook.com

Paul Ricardo Vilatuña Fustillos

Médico General

paulrvf@hotmail.com

Luis Eduardo López Avila

Médico

edu_31189@hotmail.com



GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS

REVISORES

Macías Intriago Mariela Gissela

Magister en Epidemiología;

Doctor en Medicina y Cirugía

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Haro Alvarado Javier Iván

Magister en Medicina Tropical; Diploma Superior en

Educación Universitaria en Ciencias de la Salud; Médico

Especialista en Auditoría Médica; Doctor en Medicina y

Cirugía

Universidad Estatal del Sur de Manabí

DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTOR: Juan Antonio Vera Hinojosa
Karla Lisette Flores Flores
Elizabeth Yolanda Revelo Hidalgo
Linda Beatriz Dávila Solórzano
Paul Ricardo Vilatuña Fustillos
Luis Eduardo López Ávila
Ivonne Carolina Recalde Tello
Clemente Manuel Chang García
José Luis Maldonado López
Ángela Mishel Torres Cadena

Título: Gestión salud: una vía sanitaria para el abordaje y prevención primaria de la diabetes mellitus

Descriptor: Ciencias médicas; Investigación médica; Lucha contra las enfermedades; Diabetes Mellitus.

Edición: 1^{ra}

ISBN: 978-9942-787-93-4

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

Área: Educación Superior

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 154

DOI: dx.doi.org/10.26820/978-9942-787-93-4



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Gestión salud: una vía sanitaria para el abordaje y prevención primaria de la diabetes mellitus*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© **Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las**

*Director General: MBA. Vanessa Pamela Quishpe Morocho Ing.

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador-Manuel de Echeandia y Tadeo Benitez: PhD. Lenin Stalin Suasnabas Pacheco

*Editor de Arte y Diseño: Lcdo. Eduardo Flores

ÍNDICE

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS



INTRODUCCIÓN	15
PROGRAMAS DE SALUD Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
Salud Integral	19
Atención Primaria en Salud	24
La Salud desde una perspectiva Biopsicosocial.....	27
Programas de Intervención para la Salud.....	32
LA DIABETES MELLITUS: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE	
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	41
Diabetes Mellitus	42
La Diabetes Mellitus: Enfermedad Crónica no Transmisible	45
Epidemiología de la Diabetes Mellitus	47
Efectos condicionantes de la Diabetes Mellitus.....	48
Estilos de Vida en pacientes Diabéticos.....	49
Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....	54
Autoconocimiento patológico del paciente Diabético	61
NORMAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO.....	
Normas de Autocuidado que deben seguir los pacientes Diabéticos para su Alimentación	68
Autocuidado que deben seguir los pacientes diabéticos en su Higiene Personal	71
Autocuidado que deben seguir los pacientes diabéticos en las Indicaciones Médicas	74
Autocuidado que deben seguir los pacientes diabéticos en la Actividad Física	76
LA DEPRESIÓN: UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO QUE AFECTA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE DIABÉTICO.....	
Depresión	81
Efectos de la Depresión en el Paciente Diabético.....	85
Promoción de estilos de vida Saludables:	89
FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL PACIENTE DIABÉTICO	
Factores de Riesgo	97
Tipos de riesgo	100
Abordaje de los Riesgos.....	101
Factores Modificales y no Modificables	101
Factores No Modificables	102
Factores Modificables:	102

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA VÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA DIABETES MELLITUS	109
CUIDADOS PRIMARIOS PARA LA DIABETES	111
BIBLIOGRAFÍA.....	115

INTRODUCCIÓN

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS





La salud, es un derecho fundamental de toda persona; de allí, que la misma ha sido reconocida, a través de diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos y en la mayoría de legislaciones. Ahora bien, para garantizar el derecho a este estado de equilibrio biológico de la persona, se requieren de acciones positivas, tanto a nivel de promoción, prevención y curación. No obstante, también debe existir un compromiso de cada persona por conservar esa condición. Ello, debido a que, como bien se sabe existen una serie de factores que actúan directa e indirectamente sobre el estado de los individuos, los cuales se tratan de determinantes biológicos, sociales, medioambientales, económicos, entre otros, además de aquellos relacionados con la prestación de servicios médicos, como lo son las estrategias de gestión en salud e intervención médicas.

En tal sentido, es importante señalar que las intervenciones de la salud y la calidad de vida implementadas a nivel sanitario en países latinoamericanos han llevado al desarrollo de investigaciones científicas dirigidas a analizar, interpretar y determinar cuáles son los factores y causas de riesgo que inciden para que determinadas patologías se conviertan en un problema de salud pública y su prevalencia aumente cada día más. Ahora bien, ante esta posibilidad de mesurar la salud es especialmente importante en la evaluación de las consecuencias de enfermedades crónicas no transmisibles, como lo es, la Diabetes Mellitus, la cual representa una enfermedad que ha ido en aumento afectando a las poblaciones.

En virtud de esto, se hace necesario resaltar que existe la necesidad de intensificar y expandir programas educativos e investigaciones de orden sanitario que a través de gestiones organizadas en salud, busquen reforzar el control adecuado y permanente de los factores y causas que inciden en la prevalencia de este mal, lo cual comprende aspectos específicos tales como el conocimiento acerca de la enfermedad que poseen las personas, los factores que inciden en su aparición y complicaciones médicas, sus riesgos y las múltiples consecuencias que genera; aspecto éste representativo sobre la morbi mortalidad que ha generado este problema de salud en la sociedad.

De este modo, se debe establecer que la puesta en práctica de investigaciones y programas sobre la Diabetes Mellitus, constituyen una herramienta del



sistema sanitario y gestión en salud pública de gran valor, puesto que representa un componente fundamental para la promoción de medidas preventivas dirigidas a establecer la transmisión de conocimientos y de informaciones necesarias para fomentar en las poblaciones una conciencia preventiva que les permita a los habitantes y población en general, minimizar los riesgos a contraer enfermedades crónicas no transmisibles que, como ésta han generado a la salud del mundo entero.

En base a estos señalamientos, se establece la importancia del presente libro, el cual se encuentra estructurado en V Capítulos, cada uno de ellos con valiosa información refreída a los beneficios que brinda la Atención Primaria de Salud, como gestión de la salud pública en pacientes diabéticos, para lo cual se sigue el siguiente orden:

Capítulo I: Basado en los programas de salud y promoción de estilos de vida saludables, el Capítulo II: Describe los factores clínicos que comprende la Diabetes Mellitus como enfermedad crónica no transmisible. Capítulo III: Comprende todo lo relacionado a los autocuidados que debe seguir el paciente diabético como medida para evitar las complicaciones médicas y gozar de calidad de vida. Capítulo IV: Se resalta el tema de la Depresión: entendida ésta como un trastorno psiquiátrico originado por la Diabetes Mellitus, seguido a esto, se presenta el Capítulo V: en el que se presenta lo relacionado con la Atención Primaria de Salud: una vía para la prevención y control de la Diabetes Mellitus. Finalmente, se destaca la bibliografía.

CAPÍTULO I

PROGRAMAS DE SALUD Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES





1.1. Salud Integral

La idea de salud responde una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como lo establece Sellez (2010), “es un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”.

Tal señalamiento lleva a destacar que, desde hace muchos años han venido generándose una serie de cambios en lo que a la concepción de salud se refiere, considerando que anteriormente este término era concebido como el bienestar del cuerpo y el organismo físico, debido a que es precisamente la concepción semántica o fisiológica la que más importancia había ejercido en la sociedad.

En virtud de esto, actualmente la salud es vista como el completo bienestar tanto físico como mental y social, al igual que ha tomado un enfoque integral, debido a que es un fenómeno que no afecta solo al que la padece sino al colectivo en general, tornándose como un aspecto del individuo que va más allá del aspecto clínico, constituyendo a la vez un problema social que requiere de la atención especializada de un grupo interdisciplinario de profesionales.

Ante esta posibilidad de medir la salud, es especialmente importante exista la evaluación de las consecuencias de las patologías crónicas; esto, debido a que las medidas fisiológicas aportan datos fundamentales para los clínicos, pero son de interés limitados para los enfermos, quienes precisan satisfacer otras expectativas sobre su enfermedad; necesidad ésta, que en respuesta, lleva a considerar la importancia de los planes o programas de intervención de la salud y los planes de atención primaria, los cuales están dirigidos a orientar, brindándole a las personas las nociones necesarias, en cuanto al tema de salud se refiere y temas de prevención de complicaciones en patologías de alta prevalencia, como lo es el caso de enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial y, de aquellas patologías que son generadas como complicación de esta condición.



De este modo, es relevante considerar que mediante esta nueva perspectiva, se ha ido generando una mayor participación por parte de los diversos actores sociales involucrados, es decir, la salud ha dejado de ser solo de competencia médica y se ha convertido en un problema social, lo que implica la inserción de los actores sociales en la toma de decisiones, en la ejecución y el seguimiento de las acciones sobre los procesos que propician con el fin de respetar los principios de universalidad, solidaridad y equidad en la prestación de los servicios y la construcción social de la salud.

Como respuesta de esto, para el año 1977 los Ministros de Salud de las Américas declararon que la Atención Primaria de Salud constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”. En dicha reunión se propuso como metodología para extender las coberturas de los servicios de salud a la población, a la participación comunitaria como su eje fundamental. Posterior a ello, en 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma-Ata, antigua URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad entendida como:

El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agente de su propio desarrollo. Luego, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud OPS, en el primer quinquenio de los años ochenta se hayan llevado a cabo varios estudios de factibilidad para evaluar las posibles estrategias para la participación comunitaria.

Según lo reseñado, en América del Sur, desde la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) en 1978, persisten tensiones entre distintas formas de concebir y abordar la implementación de la Atención Primaria de Salud APS en los países a lo largo del tiempo. La Declaración de Alma-Ata difundió una concepción de atención primaria de la salud integral, que la interpreta como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad, que involu-



era la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social.

Es de esta forma, que luego de 25 años de realizada la Conferencia Internacional de Alma-Ata, el informe de secretaría expresa lo siguiente:

1. “La atención primaria de salud se convirtió para la OMS en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978), en que se adoptó la meta de la salud para todos. El compromiso de lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas.
2. Desde la Declaración de Alma-Ata, la situación sanitaria a nivel de países ha cambiado considerablemente. Se han registrado importantes modificaciones en la forma de distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno socioeconómico. Asimismo, han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud.
3. Las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hacen hincapié en la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y subrayan la necesidad de avanzar por la senda de las intervenciones intersectoriales de salud y la acción comunitaria. Los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, el Programa 21 o el plan de ejecución resultante de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), los cuales requieren el fortalecimiento de los servicios de salud para todos como paso previo esencial para la mejora de la salud, particularmente en los países más pobres”.



Imagen N° 1. Elementos integradores de la Salud. (Lionja 2014)

Es así, que para los años 1980 y 1990, en diversos países de América del Sur, en los contextos autoritarios y de ajustes macroeconómicos estructurales, se adoptaron modelos de APS selectivos y focalizados promovidos por agencias financieras multilaterales que propugnaban la reducción del rol del sector público y la implementación de paquetes mínimos de servicios de salud, dirigidos a grupos poblacionales marginados. A través de ellos, fueron reforzados programas verticales orientados a grupos poblacionales o problemas de salud específicos con la creación de seguros focalizados, lo que profundizó la segmentación en los sistemas de salud de los países de la región y las inequidades sociales.

Para el año de 1986, en la “Carta de Ottawa” emitida tras la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, hace referencia de la necesidad de población de conseguir la salud, en la medida de que sea capaz de “controlar aquellas cosas que la determinan”, refiriéndose a “reforzar la acción comuni-



taria, donde la población establezca prioridades, tome decisiones, planifique estrategias y la ejecute”, comprometiéndose a reconocer que la “gente es el principal recurso de salud y voz esencial de la misma” y a “compartir el poder con otros sectores, otras disciplinas y, lo que es mas importante, con la propia población”.

Estos dos momentos históricos reflejados en los documentos citados abren brecha al desarrollo del componente de participación social de la comunidad en la gestión de salud, en el marco de un escenario político social y económico que se conoció como la reforma social de los Estados. Por tal razón, se establece que para alcanzar niveles de salud integral de la población se requiere de un modelo de atención medica que incorpore:

La democracia y la participación: entendiéndose éstas, como distribución de responsabilidades en la práctica colectiva intersectorial e interdisciplinaria, y con profunda participación social, donde la comunidad sea protagonista del proceso y que tenga como estrategia fundamental el desarrollo de la conciencia sanitaria, acompañada de un liderazgo y espacios de consenso político social, que permita el control social y la cobertura universal de la población, tanto preventiva como curativa, dentro de un marco jurídico-legal apropiado a las necesidades locales.

Como respuesta de esto, la Asamblea Mundial de la Salud, resolvió demandar a todos los gobiernos miembros a adoptar la estrategia de la Atención Primaria de Salud, adaptándola a las realidades nacionales, regionales y globales, en un esfuerzo común por asegurar mejores condiciones de vida para los habitantes de todo el planeta

A tal efecto, se presenta la Atención Primaria de Salud ATS como una alternativa para superar las desigualdades en este campo, no es un ideal sino un principio organizativo, dirigido hacia la satisfacción de necesidades de salud de las personas. Entre sus fines se propone trabajar por los más necesitados, afrontando las crisis sanitarias, construyendo sistemas de salud sostenibles y equitativos, orientados por estrategias y principios de atención primaria, promoviendo el desarrollo integrado a largo plazo de los sistemas de salud.



1.2. Atención Primaria en Salud

A fines de la década de los setenta, más de la mitad de la población en el mundo no recibía una atención de salud adecuada, según señalaba el punto V de la Declaración de Alma-Ata. En la Región de las Américas, esta condición se había convertido en una gran preocupación de los gobiernos, las sociedades y la Organización Panamericana de la Salud. En la III Reunión Especial de Ministros de Salud, realizada en Santiago de Chile en 1972, se llegó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población. Se estimaba que un tercio de la población de la Región no tenía acceso a servicios de salud.

Esto generó la política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se llamó crisis de accesibilidad. La baja accesibilidad era considerada la más importante de las llamadas crisis que afrontaban los sistemas de salud (crisis de costos, de eficacia y de acceso). La década de los setenta se caracterizó, en lo sanitario, por los esfuerzos nacionales para ampliar el acceso de la población a los servicios de salud.

El advenimiento de la APS y el compromiso, en la Región de las Américas significó un reforzamiento de las políticas y estrategias para la ampliación de la cobertura en toda la Región. El contexto económico era crítico. La población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. El contexto político se caracterizaba por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros, con algunas excepciones.

Debe señalarse que en la organización de servicios de la época predominaban los enfoques centralistas. Sin embargo, la política de ampliación de la cobertura, los enfoques de planificación vigentes (el llamado modelo CENDES-OPS, con su criterio de apertura programática local), y sobre todo la APS promovieron el progresivo fortalecimiento de unidades de servicios y de la capacidad local (que en varios países tomara la denominación de nivel primario de atención), y que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas sociales.



La década de los ochenta se caracterizó por un escaso crecimiento del ingreso nacional, disminución de las tasas de inversión, déficit sostenido de las balanzas de pagos, elevada deuda externa y recrudecimiento de las presiones inflacionarias. En ese contexto, la estrategia de APS marcó la principal orientación de las políticas de salud en los países de la Región.

No obstante, hay que destacar que el sector de la salud de la mayoría de los países se caracterizaba también por falta de coordinación interna y con los otros sectores, déficit de recursos financieros y débil participación de la población en las decisiones, entre otros problemas. La definición original de APS la planteaba de manera implícita como una estrategia para el desarrollo de la salud, así como también un nivel de atención de servicios de salud.

En las Américas, la atención primaria de salud fue adoptada y adaptada por cada país de acuerdo a sus propias realidades y condiciones sanitarias y socioeconómicas. Bajo tal perspectiva, numerosos países han concebido la APS como el nivel primario de atención, es decir, como el punto de contacto con la comunidad y puerta de entrada de la población al sistema de salud.

Esta concepción ha tendido a predominar en países que han alcanzado niveles de cobertura de los servicios básicos de salud adecuados. En otra perspectiva en el contexto de una atención a la salud segmentada, crecientemente basada en el desarrollo tecnológico y la especialización, pero con amplios sectores sociales excluidos de este modelo en algunos países se ha considerado que la APS es una estrategia para una atención sanitaria basada en principios de justicia social.

En efecto, la APS ha sido visualizada como la posibilidad de brindar atención de salud a las poblaciones pobres y marginadas, sin acceso a servicios. Ante algunos intentos de reducir la estrategia de APS a un conjunto de intervenciones simplificado y de bajo costo, llamada APS "selectiva", la visión prevalente en la región es contraria a esa visión y categórica: APS no es un paquete de "intervención limitado para la gente pobre", sino la estrategia básica de los sistemas para el logro de mayor cobertura y equidad.



Ahora bien, se debe considerar que la promoción de la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales. Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de “atención”. Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. De este modo, se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

Como respuesta de esto, cada país debe adoptar aspectos concretos de Atención Primaria de Salud en función del contexto social, político y de desarrollo. Toda persona tiene derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y organización de la asistencia sanitaria. La Atención Primaria de Salud es esencial para alcanzar un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social, cuyo objetivo es Lograr la salud para todos en general.

Por tal razón, es importante exista la participación plena y organizada de manera que los individuos, familia y comunidad sean responsables de su propia salud. Así como también los organismos de administración local, grupos organizados, organismos no gubernamentales y demás instituciones que forman parte de la comunidad. En definitiva, es necesaria una distribución equilibrada de los recursos disponibles, mediante políticas nacionales que sean accesibles a todos

Para tal fin, es necesario que la sociedad en su conjunto sume sus esfuerzos, a fin de poder concentrarse en incrementar el acceso a los sistemas de salud para los grupos actualmente excluidos, a través de la expansión progresiva de la cobertura de servicios de salud y la eliminación de barreras de acceso a dichos servicios económicas, étnicas, culturales, de género y asociadas a la situación laboral.



1.3. La Salud desde una perspectiva Biopsicosocial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la salud es definida como el “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. De este modo, cabe considerar la salud como el estado de bienestar biopsicosocial que amerita la permanente mejora de condiciones personales y sociales en las que se desarrollan los individuos para lograr de este modo consolidar un nivel de salud integral y calidad de vida de acuerdo a las exigencias sociales en un período histórico determinado.

Se entiende así que la salud vista desde una perspectiva biopsicosocial, no es la ausencia de enfermedad o invalidez, sino la capacidad de funcionar efectivamente dentro de un determinado medio ambiente. Es el proceso de adaptación continua a los millares de microbios, estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre. En base a ello, se puede decir que la salud integral y la calidad de vida están estrechamente relacionadas y que los estilos de vida juegan un papel fundamental en la conservación de la salud.

Es por ello que los estilos de vida son definidos por la OMS (1986), como la interacción entre las circunstancias de vida y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. En este sentido, el estilo de vida está conformado por los hábitos, actitudes, tradiciones, actividades y decisiones grupales o individuales, ante la presencia de los diversos contextos en los que se desarrollan las personas y son susceptibles de modificación a lo largo de la vida.

De este modo se puede pensar que, los estilos de vida se determinan por la existencia factores protectores conducentes al bienestar y por la presencia de factores de riesgo que afectan la salud integral, los cuales, visto de este modo, van a la par de los estilos de vida saludables relacionados con los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos que conllevan al goce de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida plena, tal y como se encuentra indicado en la Declaración de los derechos humanos.



En razón de esto y tomando como referencia los derechos fundamentales del ser humano surge la Declaración de los Derechos Humanos (1948) y en esta se establece, en su artículo 25, el derecho que tiene cada persona a un nivel de vida adecuado que le permita, tanto a sí misma como a su núcleo familiar, la salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales básicos que cubran sus necesidades.

En este contexto, se plantea la importancia que tienen los sistemas y servicios de salud definidos como el conjunto de elementos, que se reúnen y relacionan articuladamente para conformar un todo y/o cumplir una función. Cada sistema se define por su estructura y por su función. El concepto de sistema nace de la teoría general de sistemas de Von Bertalanfy y de cibernética de F. Magendie y C. Bernard.

En efecto, la renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos anteriores y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a revestir las acciones tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los usuarios/usuarios, sus familias y las comunidades donde viven.

Dicho de esta manera, las políticas de salud, los sistemas y servicios de salud responden a necesidades, promueven según sea la patología talleres de autocuidado, mitigan los riesgos y protegen las poblaciones contra daños, enfermedades, discapacidades, y al mismo tiempo dirigen su potencial hacia la promoción de estilos de vida saludables, considerándose que desde hace muchos años han venido surgiendo una serie de enfermedades a nivel Mundial, las cuales han sido consideradas por los Organismos de Salud, problemas de salud público, lo que ha llevado al desarrollo de programas, intervenciones e investigaciones científicas que tienen como propósito intentar erradicarlas o por lo menos mejorar los tratamientos en torno a las mismas.

No obstante, es importante mencionar que la mayoría de las veces, estos estudios tienden a tomar en cuenta el aspecto clínico de la enfermedad dejando



de lado el aspecto social, ambiental y cultural, factores éstos que son determinantes en la prevalencia y reincidencia de algunas enfermedades, puesto que, son elementos que forman parte del entorno del individuo y, en consecuencia, repercuten de manera directa en la calidad de vida del mismo.

Lo antes señalado lleva a concientizar, sobre la necesidad de realizar estudios e intervenciones en salud, en donde se logren tomar en cuenta los factores mencionados anteriormente, con el fin de conocer cómo éstos están afectando realmente el entorno a los individuos que padecen determinada enfermedad. De allí que, a la hora de realizar este tipo de investigaciones se debe tomar en cuenta por una parte, el aspecto social y ambiental, porque ello indica las condiciones en la cual vive cada individuo, de igual modo se debe considerar el aspecto cultural que comporta elementos relativos a costumbres y creencias de personas afectadas en cuanto al origen, causas y el tratamiento que se le debe dar a determinada patología.

Imagen N° 2. Intervenciones Comunitarias de Salud



Fuente: Palmieri (2014)

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población; de allí, que se entiende que los planes de intervención médicos representan en la actualidad una medida social que le permite a las personas y comunidades en general minimizar los ries-



gos de sufrir de las enfermedades de más alta prevalencia, disminuyendo así, el nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia. Entre sus propósitos, se encuentra orientar a las personas sobre los factores que inciden en la prevalencia u origen de determinada enfermedad o problema de salud pública, con el fin de minimizar aquellas patologías que son de alta ocurrencia poblacional.

Desde este enfoque, se establece que la Atención Primaria de Salud está concebida para ser el primer nivel de contacto que cualquier individuo debería tener con el sistema nacional de salud (SNS). Dicho nivel asistencial es el producto de una larga evolución que puede incluso remontarse a siglos, sin embargo, el concepto de APS tal y como se conoce comenzó a desarrollarse tras la Declaración de Alma-Ata en 1978. Por otro lado, durante la Reforma Sanitaria de 1984, se publica el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, definiéndose los Equipos de Atención Primaria y sus funciones.

Entiéndase así, que la Promoción de la Salud es un proceso social, cultural, educativo y político que incrementa la conciencia ciudadana sobre la salud y desarrollo, promueve estilos de vida saludables y la movilización social a favor de la salud; genera igualdad de oportunidades y poder a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades a partir del desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos que sean favorables a su salud y bienestar.

En razón a esto, se debe mencionar que dentro de tales funciones se establecieron, entre otras, la asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria y de urgencias, así como la realización de actividades orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Autores como Geroudd (2012), afirman que ...la atención primaria de salud, centra su propósito en la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

De esta manera, se determina que la Atención Primaria de Salud APS, representa el primer nivel de contacto de los pueblos, individuos, la familia y la



comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención y nociones en materia de salud y prevención al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria... se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

En definitiva, la promoción de la salud implica una serie de eventos sociales y comunitarios los cuales coomprenden una serie de acciones encaminadas al desarrollo y liberación del conocimiento preventivo del ser humano. Entre las acciones se encuentran, los estilos de vida, el fomento de una cultura alimentaria propia, con productos naturales altamente nutritivos; ejercicio físico, recreación y desde el punto de vista intercultural el contacto con la naturaleza, institucionalmente se consideran aspectos como la coordinación entre los diferentes sectores de la salud pública, consenso interinstitucional e intersectorial para la formulación de políticas planes y programas y la participación de la sociedad civil en la solución de problemas

Por ende, el modelo comunitario debe ubicarse en el marco del proceso de atención de salud, que se percibe como una activación individual o social como parte integral de la salud biopsicosocial de las personas. Promueve el autocuidado, como un conjunto de acciones del propio individuo en distintos niveles de prevención para el cuidado de la salud, solo o con la ayuda de la familia.



Imagen N° 3. Charlas Médicas como medida de Salud



Fuente: Rivas (2015)

En otras palabras, la atención primaria de salud, comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria.

Se destaca de esta forma que, la atención primaria de salud, comprende las actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludable, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados, incluyendo:

- Información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables.
- Actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos.

Por consiguiente, se puede entender que lograr la salud de las poblaciones ha sido preocupación prioritaria en todas las épocas. No obstante, para alcanzar este bienestar de tanta relevancia para el desarrollo humano, se han buscado diferentes enfoques, los cuales permitan organizar la atención de salud y lograr



el impacto necesario. De allí, que los mismos de manera inicial, se centraban en modelos de atención basadas en las estrategias de promoción de salud, dirigidas a recuperar la salud perdida, lo que posteriormente llevó a darle mayor relevancia a las estrategias orientadas hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

1.4. Programas de Intervención para la Salud

A través de la historia de la humanidad, los pueblos han buscado mantener, proteger y recuperar su salud: para ello, los gobiernos han organizado diferentes políticas con el fin de optimizar los recursos humanos, físicos, económicos y ambientales, partiendo de enfoques y estrategias variadas de acuerdo al momento y situación social que se esté viviendo. He aquí, la importancia de los programas de salud comunitarios establecidos por los gobiernos y las diferentes organizaciones, los cuales buscan concientizar a los habitantes de las diferentes poblaciones sobre las causas y efectos que tienen determinadas patologías médicas con el fin de promocionar la salud.

A tal efecto, hablar de programas y medidas de prevención y promoción de la salud, es hacer referencia al conjunto de estrategias médico - comunitarias dirigidas hacia el fomento de estilos de vida saludables, los cuales orientan sus esfuerzos, tanto a la población en general, como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; buscando con ello, actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud, promoviendo las normas de auto cuidado a seguir y las previsiones médicas necesarias, a fin de alcanzar el bienestar tanto de la persona sana como de la enferma.

Bajo este enfoque se debe entender que, la puesta en práctica de planes de prevención médica representan una medida social, la cual permite a las personas y comunidades en general minimizar los riesgos de sufrir de las enfermedades de más alta prevalencia, disminuyendo así, el nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia. Tal consideración, lleva a reflexionar sobre la importancia social que tienen los planes de intervención médicos comunitarios, ya que los mismos se basan en el desarrollo integral de la salud incorporando para ello, programas nacionales apropiados para cada situación o patología



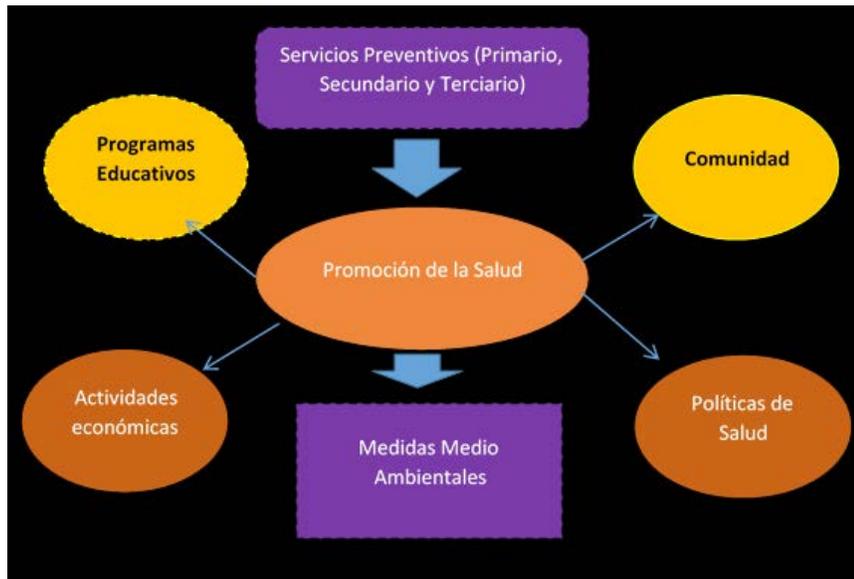
a tratarse.

Por ende, la promoción de la salud busca desarrollar tanto el potencial del individuo como de su familia, la comunidad, la sociedad y también del medioambiente, entendiendo éste como las circunstancias físicas, interpersonales y económicas en que se desempeña la persona. En otras palabras, es una aproximación proactiva a la salud que incluye el desarrollo de fuerzas, incremento de recursos y fomento de la resiliencia con el fin de lograr el funcionamiento óptimo del ser humano (Barrera 2014).

De allí, que para la primera década del siglo XXI, con los cambios políticos en procesos de redemocratización y asunción de gobiernos más comprometidos con la justicia social, se observe un proceso de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con la concepción de Alma-Ata. Se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo, agencias internacionales de salud como la Organización Panamericana de Salud (**OPS, 2005**) y la Organización Mundial de la Salud (**OMS, 2008**) instaron a los países miembros a renovar la APS para lograr la cobertura universal.

Como respuesta a esta situación, surge las políticas nacionales de salud en Suramérica, las cuales tienen como punto de partida, destacándose como pilar principal, la participación de la comunidad, con un cuerpo normativo, políticas y espacios de deliberación, organización y consolidación de la actuación de los ciudadanos. Este escenario, fue posible a partir de la transición democrática sucedida en gran parte de los países de la región desde fines del siglo XX, que produjo el inicio de un nuevo ciclo histórico que aportó la perspectiva de la generación de una ciudadanía más autónoma y crítica, así como también articulada con la creación de espacios públicos de participación, conflicto y diálogo. Esta transición construyó las bases para la conformación de espacios institucionalizados de participación de la población en las políticas públicas, como es el caso de la salud.

Imagen N° 4. Mecanismos de Atención Primaria de Salud



Fuente: Autor (2019)

Con este propósito, y tomando como incentivo el fin de mejorar la calidad de vida de las poblaciones, la Organización Mundial de la Salud OMS ha planteado que la promoción de salud es la estrategia fundamental de la atención primaria. Esta estrategia implica la modificación de conductas en las personas: abandonar las acciones y hábitos que perjudican la salud y adoptar las que la favorecen. Sin embargo, antecedentes teóricos y empíricos confirman que, para que se logre un cambio de conducta, se requiere un proceso cognitivo-perceptual que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta; por lo que es necesario que existan intervenciones de salud, en donde a través de demostraciones y datos estadísticos se compruebe a las personas los hechos y conductas que afectan la salud de las poblaciones ocasionando la aparición de patologías reconocidas como problemas de salud pública.



Imagen N° 5. Intervenciones Médico Comunitarias



Fuente: Rivas (2013)

Por consiguiente, se puede afirmar que la adopción de comportamientos sanos o estilos de vida saludables, se basa en procesos de integración, promovidos por políticas públicas que buscan dar respuesta a los problemas de salud que más afectan a las poblaciones. Estas acciones se encuentran liderizadas por intervenciones y programas comunitarios y locales en los que los individuos avanzan en el tema de la salud integral, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. De allí, que los programas de comunicación para la salud están siendo planificados, ejecutados y evaluados después de un proceso sistemático de formación y prevención, buscando concientizar sobre el hecho de que la salud, puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar.



Entiéndase por bienestar, el estado armónico de la salud del individuo, el cual viene a desarrollarse en el mismo, mediante la transformación de estilos de vida que no son saludables, (los estilos de vida representan aquellos comportamientos de las personas que mejoran o crean riesgos para la salud). Los mismos son considerados dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud, como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

Ante este particular, se sostiene que las conductas y estilos inapropiados de vida de algunos individuos tales como la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, constituyen la causa principal de enfermedades consideradas problemas de salud pública, destacándose entre ellas, las reconocidas como crónicas no transmisibles, tómesese como ejemplo la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la obesidad, la diabetes tipo 1 y 2 y el cáncer, entre otras. (Zambrano 2014)

Lo señalado anteriormente, conduce a entender que los factores que determinan el estilo de vida y que tienen interacción de manera directa con las personas, son aquellos entendidos como características individuales genéticas o adquiridas, sean éstas: (la personalidad, la educación recibida, en entorno social, nivel socio – económico y otras...), condiciones éstas que pueden ser abordadas mediante una práctica médico – comunitaria, que logre promocionar las informaciones y orientaciones necesarias para que la colectividad pueda asumir los riesgos o beneficios que pueden alcanzar mediante un sistema de vida y hábitos saludables y de esa manera minimizar los altos índices de morbi – mortalidad existentes a causa de enfermedades.

De allí, la necesidad de ejecutar políticas públicas que incluyan programas que vayan en aras de contribuir con la reducción de los factores de riesgo y en la pesquisa temprana de enfermedades. Estos programas tienen como propósito fortalecer los conocimientos de las personas, modificar actitudes y percepciones en la población y de esta manera favorecer la adopción de estilos de vida saludable en la comunidad.



Ahora bien, es importante mencionar que para darle efectividad a los programas o medidas de intervención de la salud, se necesita de forma esencial de la comunidad; esto, debido a que la misma juega un papel decisivo en la participación e integración de las intervenciones de salud y requiere una discusión continua entre los miembros de estas poblaciones y el profesional de la salud encargado. De allí, que los planes de desarrollo y promoción de la salud, “deben dirigirse mediante acciones que incluyan a a las poblaciones en general, ya que gracias a su intervención y apoyo se podrán establecer cambios en los estilos y formas de vida de sus habitantes”.

En este contexto, se puede decir que la promoción de planes e intervenciones de la salud, deben ser dirigidos mediante todo un engranaje y disposiciones que permitan que la gente viva dentro de un ambiente ideal y disfrute de condiciones y facilidades que le garantizan la sana convivencia y condiciones aceptables para las actividades de la vida diaria con un mínimo riesgo de enfermedades.

De esta manera, es de gran importancia que las intervenciones o programas de salud, se encuentren dirigidos a concientizar a concientizar a las comunidades sobre la importancia que tiene el desarrollar estilos de vida saludables y, del mismo modo orientar sobre los factores de riesgo que incidan en la proliferación de enfermedades, lográndose a través de ellos, un proceso de enseñanza-aprendizaje que pretenda conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio en donde se promueva la conservación y mejoramiento de su salud.

CAPÍTULO II

LA DIABETES MELLITUS: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE





2.1. Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona, las mismas representan una patología “de larga duración y por lo general evolucionan lentamente”. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Cabe resaltar que, este tipo de enfermedades afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas patologías, suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematargas» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Con igual importancia, se debe mencionar que este tipo de enfermedades se ven favorecidas por factores de riesgo, los cuales representan generalmente aspectos relacionados con el tipo de vida que el paciente desarrolla a diario. He aquí, lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un reporte del 2012, donde comunica que el impacto de las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, diabetes, algunos tipos de cánceres y las enfermedades respiratorias, “se han elevado de forma considerable, perturbando al mundo desarrollado y a los países en desarrollo, concurriendo en personas de cualquier edad”.

Corresponde entonces decir que, estas enfermedades poseen estilos de vida no saludables, ya que comparten factores de riesgos como el abuso del tabaco, alcohol, sedentarismo y alimentación rica en carbohidratos; de ahí, que el aumento progresivo de estas últimas cifras indica la preferencia hacia un estilo de vida poco saludable, por lo que es necesario implementar programas de salud



que logren controlar el abuso de tabaco y alcohol, realizar actividades físicas, reducir el estrés y mantener una dieta saludable pueden influir en que estas cifras disminuyan.

2.2. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus, representa una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo; actualmente está afectando a 200.000.000 de personas, lo que demuestra la existencia de una cifra alarmante de afectados con esta patología; problemática ésta, que probablemente se duplique en las próximas décadas, lo que representa un problema de salud, de enorme magnitud, el cual en muchos de los casos es ocasionado por diagnóstico tardío y la ausencia adecuada de un estilo de vida saludable que permita a aquellos pacientes que tienen conocimiento de su padecimiento, alcanzar una mejor calidad de vida.

En virtud de esto, se debe resaltar que la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas más padecidas, por cuanto en la actualidad, está posicionándose como la sexta causa de muerte, lo que se refleja en cifras del Instituto Nacional de Estadística de Estados Unidos E.E.U.U , el cual para la fecha de Julio del 2014 informó que el 90 % de la población diabética padece de Diabetes tipo I y II, las cuales suelen aparecer a partir de los 35 años, afectando aproximadamente al 5% de la población en edad adulta, es decir, que es padecida por cerca de millón y medio de personas mayores de 18 años. (Reniutt y Leinz 2015)

Unido a esto, se resalta que en la declaración emitida por la Organización Panamericana de la Salud OPS, resalta ...se estima existen alrededor de 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años, lo que refiere que el aumento será del 40% en los países desarrollados y de 70% en los países en vía de desarrollo.

Los planteamientos antes señalados, conllevan a expresar que la Diabetes Mellitus representa una enfermedad alarmante, pues su prevalencia y consecuencias, afectan considerablemente a un número representativo de habitantes de la humanidad en general. En efecto, se establece que “la Diabetes es una



enfermedad crónica no transmisible, pues sus causas se deben a múltiples factores, entre ellos, se puede nombrar la edad, el uso del cigarrillo, la bebida, los desórdenes alimenticios, estilo de vida, falta de actividad física; entre otros...”. (p.76)

De la misma forma, se establece que la diabetes en la actualidad constituye un problema de salud, el cual se destaca por la magnitud y trascendencia de sus complicaciones. Según investigaciones, esta patología se debe posiblemente a la falta de un autocuidado por parte de los pacientes afectados por la misma, y al desconocimiento general existente en muchas de estas comunidades de enfermos sobre los efectos negativos y posibles complicaciones que se originan ante el incumplimiento de todas aquellas normas autosanitarias y recomendaciones médicas que debe seguir de forma diaria, toda persona que se encuentre afectada por este mal de salud.

Según estadísticas emanadas de la Organización Mundial de la Salud OMS 2016, la diabetes mellitus (DM) representa un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia, causada por varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas endocrino, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

Lo descrito anteriormente refiere que, esta enfermedad se caracteriza por ser una afección crónica que surge del aumento de los niveles de glucosa “azúcar” en la sangre, causando una hiperglucemia. Asimismo la OPS, sostiene: la importancia epidemiológica de Diabetes Mellitus obedece a su elevado impacto en la salud de los individuos y un considerable incremento sobre los gastos nacionales que esta enfermedad genera. Ambos efectos son consecuencia del desarrollo de complicaciones crónicas de la enfermedad”.

De aquí, que la comunidad científica y académica a nivel mundial ha documentado ampliamente la importancia de controlar los indicadores metabólicos, que originan esta enfermedad y de esa manera reducir el desarrollo de compli-



caciones crónicas en la misma; estableciendo, las orientaciones de auto cuidado necesarias para evitar en los pacientes los riesgos que estas patologías generan.

En tal sentido, es relevante que se establezcan talleres y jornadas comunitarias en donde se le eduque a las poblaciones sobre la importancia de mantener hábitos alimenticios sanos, los daños que ocasiona la obesidad, el estrés, y el alcohol; entre tantos otros factores que promueven la afluencia de enfermedades como la Diabetes mellitus. De aquí, la importancia de establecer mecanismos educativos en los diferentes organismos públicos de salud y en las comunidades; a fin de promover la sensibilización de las personas en cuanto a los factores de riesgo que conllevan a que padezcan de esta patología tan preocupante, lo que motiva a desarrollar jornadas y actividades recreativas que vayan en pro de modificar la calidad de vida del venezolano; a fin de prevenir la afluencia de esta enfermedad.

En base a este señalamiento, se destaca el importante papel que tiene el médico tratante, por ser éste el encargado de promover dentro de la vida de cada paciente las normas de autocuidado que deben seguir para alcanzar un estilo de vida saludable. Dicho de esta forma, el profesional de la salud, puede desarrollar proyectos de salud sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, tóme-se como ejemplo la diabetes mellitus, a fin de promover “las normas que deben seguirse para alcanzar un estilo de vida saludable y así disminuir los riesgos de futuras complicaciones médicas”.

En otras palabras, el profesional de la medicina representa para el paciente diabético aquella persona en quién pueden confiar; por ser el encargado de brindar a cada uno de sus pacientes, las orientaciones médicas necesarias, incluyéndose en ellas, un tratamiento constante, efectivo y eficaz, el cual incluya las medidas higiénico dietéticas y sanitarias y la puesta en práctica de actividades físicas moderadas como factores necesarios para garantizar un estilo de vida saludable.

Por tal razón, es de gran significación sean desarrollados programas o intervenciones de salud que busquen mejorar la calidad de vida del paciente diabético; enfermedad ésta, que ha afectado considerablemente la vida no sólo de los



pacientes con esta enfermedad, sino, también de las familias de los mismos, convirtiéndose entonces en un problema social epidemiológico considerable, el cual debe ser tratado, a través de los métodos y programas que lleguen a la colectividad en general, como forma educativa, que permita evitar el desarrollo progresivo de complicaciones generadas por esta patología

2.3. La Diabetes Mellitus: Enfermedad Crónica no Transmisible

La Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad crónica de base genética que constituye uno de los principales problemas de salud por el volumen de recursos que consume a cada Nación. Durante las últimas décadas del siglo XX, esta patología presentó un progresivo incremento muy especialmente en los países en vías de desarrollo; de allí, que al comenzar el nuevo milenio su prevalencia surge desalentadora.

Actualmente, se ha dado a conocer que hay 140 millones de personas con DM en el mundo; lo que ha llevado a considerar que para el año 2025 se espera un incremento de 120%, es decir, (300 millones de personas afectadas con esta enfermedad). (Parra: 2015). Lo expuesto, lleva a comprender que la Diabetes Mellitus representa una enfermedad de alta prevalencia, por lo que debe ser considerada como un problema de salud pública.

He aquí, que este tipo de patología es causada por la alteración del equilibrio de las hormonas y demás factores que regulan el metabolismo de los hidratos de carbono, los cuales, generalmente tienen por causa una lesión de los islotes de Langerhans del páncreas, generando una merma de la secreción de insulina, creándose con esto, una alteración de la salud del afectado. (Vega y Bianco 2013)

En base a esto, se hace necesario expresar que el tratamiento de la Diabetes Mellitus y de todas aquellas posibles complicaciones de salud, generadas por este tipo de patología, implica enfoques interdisciplinarios, pues envuelve numerosos aspectos, farmacológicos, nutricionales, sociales, psicológicos y educacionales; lo que incluye también, el autocuidado que deben seguir estos pacientes para alcanzar un nivel de vida óptimo. De aquí la importancia de la



educación y la orientación que puedan tener estas personas acerca de su enfermedad y las complicaciones que se presentan.

En concordancia con estos planteamientos, se hace necesario señalar que el caso de la Diabetes Mellitus tipo 1, “corresponde a la llamada antiguamente Diabetes Insulino dependiente o Diabetes de comienzo juvenil”. Planteamiento éste que conduce a referir, que esta patología representa una enfermedad metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las Célula beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina.

Se describe así, que la Diabetes Mellitus 1 se diferencia de la 2, por darse en época temprana de la vida, ya que se presenta en el ser humano, generalmente antes de los 30 años. En estos pacientes, es necesaria la administración de insulina y la susceptibilidad a contraerla se debe a factores genéticos múltiples, aunque solo el 15-20% de los pacientes tienen una historia familiar positiva.

Por su parte, la diabetes tipo 2, antes conocida como diabetes de comienzo en la edad adulta o diabetes no insulino dependiente: Es la forma más frecuente de diabetes, este tipo de patología, puede aparecer a cualquier edad, incluso durante la niñez, generalmente comienza con resistencia a la insulina, que es una afección en la que las células de grasa, de los músculos y del hígado no usan la insulina adecuadamente. Al principio, el páncreas le hace frente al aumento de la demanda produciendo más insulina. Sin embargo, con el paso del tiempo pierde la capacidad de secretar suficiente insulina en respuesta a las comidas.

Lo expuesto, permite interpretar que la Diabetes Mellitus tipo 2, se presenta de forma más común entre los pacientes afectados por esta enfermedad. La misma, es una afección en la que la insulina no actúa de la forma adecuada. Los pacientes que la padecen, generalmente presentan sobrepeso, el cual unido a la inactividad aumenta las probabilidades de padecer futuras complicaciones. El tratamiento consiste en tomar los medicamentos asignados por el médico tratante, escoger muy bien el tipo de alimentos que se comen, hacer ejercicio con regularidad, tomar aspirina todos los días (en algunos casos) y controlar la presión arterial y el colesterol.



2.4. Epidemiología de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) representa un importante problema de salud en el mundo y alrededor de 100,000,000 personas la padecen, debido a la obesidad; alcanza dimensiones epidémicas, especialmente en diversos países en desarrollo y de reciente industrialización.¹⁴ Para 1976 y 1994 Estados Unidos tenía una prevalencia del 8.9 al 12.3%.

Siendo a su vez un problema de salud pública debido a la prevalencia de diabetes mellitus tipo I y II que está aumentando en todo el mundo, siendo la última la que aumento con mayor rapidez debido a la obesidad y los menores niveles de actividad. En 1998, aproximadamente 16 millones de personas cumplían los criterios diagnósticos de diabetes mellitus en los Estados Unidos, es decir que representa al 6 % de la población.

Habiendo casi 800,000 pacientes diabéticos cada año, teniendo la inmensa mayoría Diabetes Mellitus Tipo II y aún peor ya que el número de pacientes diabéticos aumenta con la edad de la población y su incidencia oscila aproximadamente en el 1.5% entre los 20 – 39 años y el 20% en las personas mayores de 75 años.

Por otro lado la incidencia es mayor en mujeres con una relación 2 : 1 que los varones. En la 12 diabetes tipo II se piensa que se relaciona con factores de riesgo tales como obesidad y paridad, pero es levemente superior en los varones mayores de 60 años. En cambio la diabetes tipo I la frecuencia es similar en ambos sexos. La prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II es casi el doble en Afroamericanos, hispanonorteamericanos y nativos de Norteamérica que en blancos de origen hispano.

En Cuba la prevalencia va en ascenso, actualmente es de 19,7 por 1,000 hab, representa una mortalidad de algo más de 2,000 fallecidos por año. Desde 1998 ocupa el octavo lugar como causa de muerte, el 75% de ellas por cardiopatía isquémica. En el Estudio Prospectivo de Diabetes tipo II del Reino Unido (The United Kingdom Prospective Diabetes Study, UKPDS), los investigadores tomaron una población de 4,000 personas con diabetes tipo II dándole seguimiento



durante 10 años, encontrando en el estudio tasas muy inferiores de complicaciones renales, oculares y del sistema nervioso en pacientes con control estrecho de la glucosa sanguínea.

2.5. Efectos condicionantes de la Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad autoinmune crónica para la que aún no existe ninguna cura”. Este planteamiento, lleva a considerar que al padecer esta enfermedad quedan afectadas las células β del páncreas, que producen poca o ninguna insulina; hormona que permite que el azúcar (glucosa) ingrese en las células del cuerpo.

Consecuentemente, a esta patología se da una acumulación de glucosa en el torrente sanguíneo que presenta efectos citotóxicos tales como la glicosilación no enzimática; la glucosa se une a moléculas como la hemoglobina o los lipopolisacáridos de las paredes de los vasos sanguíneos y las lipoproteínas de la sangre, causando su acumulación y la aparición de ateromas. Además, al no poder usarse la glucosa como combustible metabólico, se favorece la digestión de lípidos y proteínas que aportan menor cantidad de energía apareciendo síntomas de polifagia (sensación de hambre) y de adelgazamiento.

En relación a este planteamiento, se debe señalar que la enfermedad se desarrolla por el ataque del sistema inmune contra las propias células beta del páncreas, encargadas de producir la insulina. Esto puede deberse a: La susceptibilidad o predisposición genética y se debe a mutaciones en el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) de células presentadoras de antígenos o en proteínas de linfocitos; pudiendo quedar alterada la ruta de presentación de antígenos.

El resultado podría ser organismos viables, pero que no pueden sobrevivir ante un cambio ambiental desfavorable. Esto ocurre en la diabetes tipo 1; dentro de una familia de riesgo (en la que existan estos genes mutados), por azar puede encontrarse un individuo que haya heredado las mutaciones que afectan a la presentación del antígeno y que le confieren susceptibilidad a esta enfermedad.



En cuanto a la reacción inmunitaria, se debe destacar que está mediada por anticuerpos (reacción humoral) y células (reacción celular), habiéndose detectado autoanticuerpos frente a proteínas presentes en la superficie de las células beta, como la descarboxilasa del ácido glutámico (GAD), que es similar a una proteína del virusCoxsackie B, potencialmente implicado en el desarrollo de la diabetes.

Otros anticuerpos incluyen los IA2, dirigidos contra una fosfatasa presente en el interior de las células beta, y anticuerpos contra la propia insulina. Estos anticuerpos pueden ser detectados en el suero de los pacientes, meses y años antes del desarrollo de la enfermedad, y se han convertido en marcadores de un estado conocido como prediabetes.

Esta enfermedad, de manera general se manifiesta clínicamente, a través de síntomas y signos que se presentan comúnmente en pacientes con Diabetes Mellitus”, lo que conduce a señalar que entre ellos se mencionan los siguientes: síntomas cardinales: prurito, polifagia, polidipsia, astenia y pérdida de peso. De igual forma se destacan los síntomas generales como: Infecciones cutáneas, tiempo prolongado en la cicatrización de las heridas. Síntomas Según el sistema o parte afectada.

2.6. Estilos de Vida en pacientes Diabéticos

Los propósitos que encierran los programas de atención médica o medidas de prevención, se encuentra influir en el estilo de vida de los ciudadanos, con el fin de minimizar aquellas patologías que son de alta prevalencia; como es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales constituyen un problema creciente a nivel mundial, se caracterizan por ser de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Existen cuatro tipos principales de enfermedadesno transmisibles entre las que se pueden mencionar, “las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes”.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejeci-



miento, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo intermedios” que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un problema creciente a nivel mundial. Su origen y evolución se debe a diversos factores de riesgo, muchos de los cuales están asociados a estilos de vida no apropiados, hábitos y costumbres que introduce la modernización, tales como sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.

Lo descrito anteriormente, permite exponer que los daños en salud atribuibles a estos factores se pueden disminuir al aplicar técnicas de promoción de estilos de vida saludable y planes en los que se logre concientizar a las poblaciones sobre los factores de riesgo que inciden sobre este tipo de patologías y las posibles complicaciones que de ellas se pueden originar; entiéndase con esto que, este tipo de acciones deben estar dirigidas de forma planificada hacia las comunidades con el fin de que las mismas logren canalizar las informaciones allí recibidas y de esa forma, alcanzar una conciencia personal, la cual permitirá a cada individuo, organizar todos esos factores de riesgo que inciden de manera directa sobre su salud, logrando así mejorar su estilo de vida.

Entiéndase por estilos de vida saludables, a todos aquellos hábitos y costumbres que están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional, los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras).

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población, los mismos, conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcan-



zar la calidad de vida. He aquí, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) la define como: es la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

Entiéndase con ello, que los estilos de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo, poco menos que una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica las expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo nacional, regional, local, generacional, de clase, o subcultural.

En respuesta de esto, es necesario expresar que los estilos de vida responden clínicamente a la presencia de factores de riesgo o, de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Es por ello, que se puede relacionar con los siguientes aspectos:

- Satisfacción en las actividades diarias.
- Satisfacción de las necesidades.
- Logro de metas de vida.
- Autoimagen y la actitud hacia la vida.
- Participación de factores personales y socio ambientales.

Por consiguiente, se puede concebir que los estilos de vida representan la manera en que vive o se desarrolla socialmente una persona (o un grupo de personas), esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. El término hace referencia a una combinación de unos factores claves intangibles o tangibles. Los factores tangibles relacionan específicamente con las variables demográficas, esto es un perfil demográfico individual mientras que los factores intangibles tratan de los aspectos psicológicos de uno individuo como valores



personales, preferencias y actitud. Según Dorotea Orem existen 11 hábitos para alcanzar un estilo de vida saludable, los cuales se resumen en los siguientes:

Primer Hábito: Alimentación sana y Balanceada: Consume regularmente alimentos con baja densidad energética, un bajo contenido de grasa animal y sales, además de procurar llevar una dieta balanceada (Si comes comida rápida procura ensaladas de preferentemente). Los alimentos de baja densidad energética son los que aportan menos de 0.6 calorías por gramo. Se pueden consumir en cantidades importantes y no estará uno ingiriendo muchas calorías. Los principales alimentos de baja densidad energética son las frutas y vegetales.

Segundo Hábito: Mantenimiento Corporal: Cuidar la higiene personal (cepillarse los dientes después de cada alimento, lavarnos las manos frecuentemente, etc.) es muy importante, recordemos que si no vemos bien nos sentimos bien.

Tercer Hábito: Actividad Física: Se debe fomentar la Actividad Física, lo más recomendable es realizar al menos 30 minutos de AF 4 o 5 veces a la semana, lo ideal es ejercitarnos entre 1 hora - 1 hora y media durante 4 o 5 días a la semana, al hacer ejercicio mejoramos la oxigenación, la circulación y los músculos de nuestro cuerpo. De aquí, que es importante mencionar que no es lo mismo la actividad física que hacer ejercicio. Mientras el ejercicio es un movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo, la Actividad Física es cualquier movimiento corporal, desde sentarse, caminar, subir por las escaleras, etc.

Cuarto Hábito: Esquema de Vacunación al Corriente: Crear una conciencia de vacunación es muy importante, si fomentamos una cultura preventiva de vacunación podemos combatir enfermedades de alto riesgo, se debe recordar que vacunar es prevenir.

Quinto Hábito: Dejar de fumar: Se debe procurar dejar de fumar, y si fumamos intentar hacerlo en lugares abiertos y siempre lejos de mujeres embarazadas, niños y fumadores pasivos.

Sexto Hábito: Moderar el Consumo de Bebidas Alcohólicas: Si se consume las bebidas alcohólicas de una forma moderada, se está fomentando un consumo



responsable, que no representa un riesgo para la salud de las personas.

Séptimo Hábito: No a la Drogas: Hay que evitar el consumo de drogas ilegales y reducir el de drogas médicas no prescrita.

Octavo Hábito: Salud Sexual: Si se lleva una vida sexual activa, se debe hacer con responsabilidad, el conocimiento y el fomento de una cultura anti-conceptiva bien informada son esenciales para tener una actividad sexual plena.

Noveno Hábito: Vialidad Segura: Esta norma se debe aplicar, tanto para los transeúntes como los automovilistas; es importante cruzar a pie por los lugares indicados, hacer uso de puentes peatonales; al manejar debemos respetar todas las señales de tránsito.

Décimo Hábito: Piensa Saludable: Factores psicosociales como la familia, e

l trabajo o la escuela también son de vital importancia para poder desarrollarnos saludablemente, recordemos que nuestra salud no solo debe ser física; es primordial mantenernos en armonía por dentro.

Onceavo Hábito: No Automedicarnos: Es muy importante evitar que la persona se auto - medique, cuando se padezca de alguna enfermedad lo mejor siempre es acudir al doctor.

Los indicadores expuestos llevan a conceptualizar el término salud como un proceso humano, vinculado al entorno ambiental y social, que engloba a su vez el concepto de bienestar y los elementos que lo constituyen y determinan; puesto que, esa noción de salud establece el carácter multicausal de la salud-bienestar cuyos componentes se relacionan y modifican entre sí en un círculo envolvente formado por los individuos, los sistemas culturales, la ecología, entre otros.

Estos indicadores llevan a conceptualizar lo referido por la Organización Mundial de la Salud, la cual considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socio-culturales y por las características personales de los individuos que conllevan a



la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar total; en otras palabras, se entiende que los estilos de vida son patrones de conducta que se eligen de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para decidir y a sus circunstancias socioeconómicas.

2.7. Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Las complicaciones de la Diabetes Mellitus son más conocidas por los pacientes y sus familiares, ya sea porque debutaron con alguna de estas complicaciones por exceso en la medicación (hipoglicemias secundarias) o un inadecuado control metabólico (crisis hiperglicémicas) o infecciones que llevan comúnmente a los pacientes a los servicios de emergencia.

Estas complicaciones crónicas son generalmente desconocidas para los pacientes y/o familiares porque requieren entre 10-15 años para sintomáticas y porque no reciben una adecuada educación sanitaria del equipo médico para prevenirlas. El paciente y su entorno familiar, al no ser consciente de la existencia de las complicaciones crónicas de la DM a nivel oftalmológico, cardiológico, neurológico, nefrológico, gastrointestinal, vascular y dérmico, no desarrollan las acciones preventivas correspondientes para evitar su progresión.

Todas estas complicaciones pueden ser prevenidas o reducir el impacto que ocasionan en la salud de los diabéticos con un adecuado manejo médico-dietético y requiere la participación conjunta del médico y el paciente. El personal de salud tiene la obligación de explicar las complicaciones a corto y largo plazo de la DM2 y como realizar las medidas preventivas (las que incluyen el trígono: dieta-ejercicios-medicamentos antidiabéticos) tanto al paciente como a los familiares.

Por ende, las estrategias educativas y de promoción de la salud buscan lograr la toma de conciencia de la enfermedad del paciente para alcanzar su adherencia al tratamiento farmacológico y la adopción de un buen estilo de vida sobretodo en nutrición y una rutina de ejercicios para alcanzar el objetivo de reducir las cifras de la glicemia y de esta forma retardar las complicaciones crónicas y mejorar su calidad de vida.



En virtud de esto, se plantean que los principales ejes del tratamiento de la diabetes incluyen educación diabetológica, la cual incluye recomendaciones nutricionales, ejercicio y autocontrol. Sumultidimensionalidad y esfuerzo, radica en querer modificar hábitos previamente establecidos así como la disposición para mantenerlos, planteamiento éste que permite afirmar que el tratamiento es complejo, más aún si se considera que los adultos son más resistentes al cambio; por tanto son los más expuestos a presentar complicaciones: cardiovasculares, nefropatía diabética, retinopatía y neuropatía.

La Diabetes Mellitus tiene como principal complicación las enfermedades cardiovasculares, isquémicas y cerebrovasculares y con el fin de prevenirlas se requiere intensificar las medidas terapéuticas para lograr las metas trazadas. Los objetivos de los planes terapéuticos además de considerar un buen cumplimiento farmacológico para el control de la glicemia debieran incluir en los pacientes cambios directamente relacionados en el estilo de vida como la alimentación habitual, control de peso y una actividad física adecuada. También es relevante explorar aquellos factores psicosociales relacionados que pueden influir en la adherencia o no al tratamiento y a los cambios conductuales necesarios para lograr un buen control glicémico.

Lamentablemente, a pesar de todas las acciones de salud dirigidas al paciente con DM, las complicaciones continúan siendo un problema de salud, esta patología, constituye el principal motivo de ingreso en los servicios de los países del mundo entero, y desencadenan devastadoras consecuencias que incluso pueden llevar a la muerte del paciente. Su impacto negativo en los pacientes con DM ha estado influido, entre otros factores; por la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo y de cómo prevenir las complicaciones.

No obstante, a pesar de importantes avances en la prevención primaria y secundaria de los últimos 50 años, los 16 pacientes con diabetes aún están en mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en relación con los no diabéticos, siendo la prevalencia de enfermedad vascular, hipertensión, dislipidemia y otras anomalías muy alta y las consecuencias de estas anomalías son una carga para los pacientes, sus familias y la sociedad. La prevalencia global de Diabetes Mellitus es mayor en hombres que en mujeres, aumenta con la edad y también



mientras más bajo sea el nivel socioeconómico

Por consiguiente, hablar de complicaciones de la Diabetes Mellitus, es hacer referencia a las diferentes patologías asociadas a esta enfermedad, las cuales surgen como consecuencia de un inadecuado control de los niveles de azúcar lo cual conlleva a daños severos en la salud de las personas. He aquí, que sus complicaciones de manera general, son de orden crónico, suele manifestarse a través de lesiones, más o menos específicas, que afectan a distintos órganos de las personas diabéticas y que comprometen su calidad y expectativa de vida.

Las lesiones en las que está implicada la microangiopatía diabética (o alteraciones de los pequeños vasos sanguíneos) son muy específicas de la enfermedad y afectan principalmente la microcirculación de la retina (retinopatía diabética) y del riñón (nefropatía diabética). Las lesiones macrovasculares comprometen la circulación de mediano y gran calibre (macroangiopatía diabética) y presentan y comparten características similares con la arteriosclerosis.

De la misma manera, se resalta que las complicaciones crónicas más comunes de la Diabetes Mellitus son: La Micro y Macroangiopatía Diabética, Nefropatías Diabéticas, Retinopatías, entre otros. El mecanismo fisiopatológico común en esta patología es el nivel elevado de la glucosa en el organismo de las personas lo que conlleva a un aumento de la comorbilidad

Se debe mencionar también, que existe la forma aguda, en la cual se puede resaltar: La hipoglucemia, la cetoacidosis, la hiperglucemia, y el coma hiperosmolar. De aquí, que esta fase está caracterizada por ser reversible y remediables si se trata con prontitud y efectividad.

En síntesis, las complicaciones que se presentan en las personas con Diabetes Mellitus representan un conjunto de patologías que se expresan producto de un inadecuado control de los niveles de glucosa en el organismo. Por tal razón, es de gran utilidad, identificar el nivel de conocimientos de los diabéticos sobre su enfermedad y en base a ellos retomar los programas educativos existentes para este grupo de usuarios e implementar estrategias que incidan en beneficio de su estado de salud; esto, como consecuencia de la poca educación y falta de conocimiento de su enfermedad. En este sentido se pueden presentar



dos formas de complicación: la aguda y la Crónica, las cuales se señalan a continuación:

En razón de lo descrito se puede decir que, la aplicación de intervenciones tales como cambios de estilo de vida, control de la presión arterial y los lípidos y el tratamiento antiplaquetario puede reducir el desarrollo, progresión y complicaciones asociadas con la diabetes mellitus; enfermedad ésta que de no ser tratada ni controlada puede originar enfermedades tales como:

A.- La retinopatía diabética, la cual es conocida como una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.



Fuente: Revista Médica de Salud de la Habana Cuba (2016)

B.- La neuropatía diabética, la cual se produce como consecuencia de la lesión microvascular diabética en donde se involucran los vasos sanguíneos me-

nores que suministran los nervios de los vasos. En esta enfermedad, los estados relativamente comunes que se pueden asociar a neuropatía diabética incluyen tercera parálisis del nervio; mononeuropatía; mononeuropatía múltiple; amiotrofia diabética; polineuropatía dolor; neuropatía autonómica; y neuropatía toracoabdominal



Imagen N° 7. Neuropatía Diabética

Fuente: Revista Médica de Salud de la Habana Cuba (2016)

C.- La angiopatía diabética es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la diabetes mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial. La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, acúmulo de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos.

Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a



las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera entre adultos no ancianos en los Estados Unidos. En Cuba, la tasa de angiopatías periféricas en la población diabética alcanzan los 19,5 por cada 100 mil habitantes Gangrena en 3 dedos del pie.



Imagen N° 8. Angiopatía Diabética

Fuente: Revista Médica de Salud de la Habana Cuba (2016)

D.- El pie diabético, esta enfermedad tiene una “base etiopatogénicaneuropática”, porque la causa primaria está en el daño progresivo que la diabetes produce sobre los nervios, lo que se conoce como “Neuropatía”. Los nervios están encargados de informar sobre los diferentes estímulos (nervios sensitivos) y de controlar a los músculos (nervios efectores).

En los diabéticos, la afectación de los nervios hace que se pierda la sensibilidad, especialmente la sensibilidad dolorosa y térmica, y que los músculos se atrofien, favoreciendo la aparición de deformidades en el pie, ya que los músculos se insertan en los huesos, los movilizan y dan estabilidad a la estructura



ósea.

El pie diabético, es una enfermedad vascular que representa un factor de riesgo, la misma puede complicar el hecho de tener una lesión pequeña en el pie; debido a que puede provocar la aparición de úlceras y lesiones que llevan a disminuir la capacidad de cicatrización del organismo y aumentar el riesgo de infección.

Es por esto, que todos los pacientes que presenten antecedentes de úlcera o amputación previa o en los que se comprueba la presencia de una enfermedad vascular periférica, macrovascularo microvascular, tienen mayor riesgo de pie diabético. También existen otras condiciones de riesgo de pie diabético, como son: la ancianidad, estilos y hábitos de vida, en particular si viven solos, el alcoholismo, el sedentarismo, la nutrición, el tabaquismo, entre otros... de igual importancia.

De esta manera, se puede decir que existen factores de orden biológico, hereditario y social son los que intervienen de forma directa en la aparición del pie diabético. De allí, la importancia de que estas personas desarrollen estilos de vida óptimos basados en normas de autocuidado generales, las cuales les permitan minimizar los riesgos a complicaciones médicas



Imagen N° 9. Pie Diabético

Fuente: Revista Médica de Salud de la Habana Cuba (2016)

Los planteamientos descritos permiten apreciar la importancia de promover



mecanismos de información que logren concientizar a las poblaciones afectadas con la diabetes mellitus sobre las posibles complicaciones médicas que puede padecer al no seguir y cumplir con las normas de autocuidado recomendadas para su bienestar físico, ya que su debido cumplimiento les permitirá a los mismos optimizar su calidad de vida.

2.8. Autoconocimiento patológico del paciente Diabético

El paciente diabético representa en la actualidad una persona a la que debe brindársele el mayor número de informaciones sobre su enfermedad; esto, debido a que su estilo de vida y su alimentación es fundamentalmente relevante, ya que el proceso de nutrición adecuado es parte integrante de la asistencia y control de la enfermedad diabética.

Ahora bien, es importante entender que en la actualidad resulta difícil lograr el cumplimiento de un plan nutricional para un individuo afectado por Diabetes Mellitus, sin embargo se debe tratar de modificar las conductas alimentarias de la persona, lo que se pretende es que la dieta sea nutricionalmente completa, que contribuya a normalizar los niveles de glicemia, atenuar el riesgo cardiovascular (por la ingesta de lípidos, carbohidratos, y alimentos altamente calóricos), que aporte calorías y nutrientes adecuados para mantener el peso corporal, que la misma se adapte a los gustos del diabético y pueda prevenir las complicaciones causadas por la alimentación inapropiada

Partiendo de esta premisa se destaca el valor incuestionable que tiene para el paciente Diabético el autocuidado que debe tener en relación a su enfermedad. En otras palabras, es una herramienta que promueve el desarrollo de habilidades, de confianza, responsabilidad, y de conciencia orientadas a preservar su salud, lo que conlleva a una mejor convivencia con su patología.

En el mismo contexto, se plantea que estas medidas comprendidas por normas de salud; entiéndase entre ellas, las higiénico y las sanitarias; entre otras, modifican los hábitos que afectan la salud, por cuanto representan una estrategia idónea que disminuye los costos en salud en las familias, y de forma indirecta coopera con los centros de salud.



Por consiguiente, el autocuidado, representa las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social. De tal forma que se fundamente la creencia de que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprender una serie de acciones que permitan mantener un adecuado estado corporal, intelectual, prevenir enfermedades y satisfacer las necesidades.

En consideración a esto, se refiere que se les debe brindar a todas aquellas personas que padecen de alguna patología crónica no transmisible una educación integral, que incluya los aspectos propios de la enfermedad que padecen; de tal manera que las mismas puedan establecer normas que les permitan establecer un sistema de vida, que vaya en pro, de preservar su salud físico mental previniendo la aparición de nuevas complicaciones.

En el mismo orden de ideas Orem refiere en su teoría del Autocuidado que: Las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

En otras palabras, lo manifestado por el autor sobre el autocuidado destaca que el mismo es de gran relevancia social, pues representa un número de conductas, las cuales son dirigidas y aprendidas para ser aplicadas a las personas, o mejor dicho, para que las mismas las utilicen, buscando con ello, alcanzar un mejor nivel de vida y evitar de esa forma futuras complicaciones.

Su propósito, se basa en regular o equilibrar los agentes externos e internos que perjudican a las personas, mediante el desarrollo de esta enfermedad. Cabe destacar que el autor anteriormente mencionado establece, a través de su nueva teoría una serie de requisitos, los cuales deben ser seguidos al existir una desviación de la salud, cuando el individuo sufre de algunas lesiones, o al tener alguna incapacidad.



Este cuidado puede ser afectado por la edad, etapa de desarrollo, estado de salud, capacidades, condiciones ambientales, efectos de la atención médica y disponibilidad de recursos. Se basa en que todos los seres humanos tienen igualdad de condiciones en cuanto a sus capacidades, habilidades intelectuales y prácticas, así como motivación para el autocuidado y que las formas para cubrir los requisitos de éste varían conforme a la sociedad en que se vive.

Desde esta perspectiva, el autocuidado representa una actividad aprendida por los individuos, el mismo, es orientado hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.



Imagen N° 10. Charlas Médicas para la promoción del autocuidado del paciente diabético, Rojas (2014)

En complemento de estas ideas, Dorotea Orem, en su artículo “Autocuidado del paciente diabético plantea: “los “autocuidados permiten mantener la vida y la salud, lo que debe aprenderse; por lo que depende de las creencias, costumbres y prácticas (nutrición, higiene, vacunas) que tiene el individuo”. Lo descrito por Orem, refiere, que todo paciente que padezca de diabetes mellitus



debe ser educado; por cuanto de ello dependerá el mejoramiento y control de las afecciones que esta enfermedad genera en ellos, al no tener el cuidado correspondiente.

Significa entonces que, el autocuidado representa una conducta aprendida, a través de relaciones interpersonales y comunicación que tiene grados de complejidad y efectividad. En otras palabras, es una visión del ser humano y del grado de dominio que tiene de sí mismo; el cual refiere a las acciones intencionadas, dirigidas y compatibles con la vida y la salud; utiliza recursos y condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo y puede ser comprendido como un sistema.

CAPÍTULO III

NORMAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO





Para motivar a los pacientes para que sigan un autocuidado significativo se debe, trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de seguir normas, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, entre otros) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

En razón a los planteamientos expuestos anteriormente, se deben resaltar que existen diversas teorías que basan su significación en el autocuidado; las mismas se plantean como una contribución constante del individuo a su propia existencia, ya que representa una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. En otras palabras, el autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

En virtud de todo lo anteriormente expresado, se señala que el autocuidado es definido como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento de los síntomas y afecciones que causa una enfermedad. Es así, que el mismo, se encuentra relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar

Cabe destacar que, dentro de estas actividades se encuentran el consumo de una dieta adecuada, el cuidado en la higiene personal, el cumplimiento de las indicaciones médicas y el mantenimiento de la apropiada actividad física. De aquí, que en estas acciones el profesional de enfermería juega un papel fundamental en cuanto a las orientaciones relacionadas con el autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus, lo que evitará o controlará la aparición de complicaciones. A continuación se describe cada una de estas actividades:



3.1. Normas de Autocuidado que deben seguir los pacientes Diabéticos para su Alimentación

La dieta es un componente vital del programa para el control de la diabetes”. En virtud de esto, es deber del profesional de la medicina asistir a cada paciente diabético a fin de guiarlo, para que el mismo desarrolle un plan de alimentación personalizado, logrando así, obtenga los niveles apropiados de glucemia, colesterol y triglicéridos (tipos de grasas) en la sangre. En virtud de esto, se describe que una alimentación adecuada permitirá al paciente adherirse a su plan alimentario, ayudándolo de esa forma a mantener un peso correcto, estableciendo con ello, un balance entre los alimentos y la insulina que su cuerpo es capaz de producir.

Por consiguiente, la dieta ideal para el paciente diabético es una dieta balanceada que se ajuste a sus necesidades, gustos, nivel de actividad física y estilo de vida; por lo que es conveniente que la persona aprenda un poco o se eduque, acerca de principios de nutrición, que le permitan a la misma hacer algunos ajustes en sus hábitos alimentarios. Quiere decir esto, que cuanto mejor comprenda el paciente diabético su dieta y los principios en que se basa, mayor será la flexibilidad que podrá disfrutar.

Se destaca así, que la alimentación de un paciente diabético debe comprender un plan de alimentación que tenga alimentos balanceados, los cuales, promoverán un buen control de su diabetes, a la vez que proveerán energía adecuada y material con el cual reparar y mantener el cuerpo. Por todo esto, se debe expresar que, la dieta del paciente con diabetes mellitus es similar a la dieta saludable que podría recomendarse para la población general. Por tal motivo, debe adaptarse a los siguientes principios generales:

1. Hay que determinar el aporte calórico, que deberá restringirse si existe sobrepeso u obesidad, o el porcentaje de calorías procedentes de los hidratos de carbono puede variar.
2. Se recomienda que el alimento represente el 45-65% del aporte calórico total, y limitar los de absorción rápida.
3. Las grasas deben constituir un 25-35% del aporte calórico, con predo-



minio de las monoinsaturadas y con un aporte de saturadas inferior al 7% del total calórico.

4. El consumo de colesterol ha de ser inferior a 300 mg/día.
5. El aporte proteico debe ser de alrededor del 15% del total calórico, aunque en los pacientes con nefropatía diabética ha de limitarse a 0,8 g/kg/día.
6. El aporte de fibra será de 20 a 35 g/día, como en la población general. De aquí, que la forma de distribuirla dependerá del tratamiento que se siga; así, por ejemplo, los pacientes que utilizan insulinas intermedias tipo NPH suelen requerir suplementos de hidratos de carbono después de cada dosis.

Tomando en consideración a los planteamientos anteriores, se debe referir que la dieta apropiada para el control de la diabetes tendrá como objetivos conseguir unos niveles normales de azúcar en la sangre y un peso normal (reducir el peso si es elevado y aumentarlo cuando este disminuido). Es decir, cuando hay obesidad es fundamental perder peso hasta llegar a los niveles recomendados según la edad, la talla y el sexo, aunque incluso una pérdida de peso de 4 o 5 kilos suele disminuir la resistencia a la insulina.

Es así, que la dieta, junto a la insulina y el ejercicio son los tres pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes. En virtud de ello, se planea que el tratamiento dietético en la diabetes debe seguir las normas de la dieta equilibrada donde entren las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono en su adecuada proporción: los hidratos de carbono deben aportar el 55-60% de las calorías, las proteínas el 15% y las grasas el 25-30%.

En cuanto al número total de calorías, se considera que estas dependerán del metabolismo basal de cada persona, que se calcula en función del sexo, la edad, el peso y la talla, y de su actividad física, pues en algunos casos, la dieta balanceada permite controlar el nivel de azúcar en la sangre, mientras que, otras veces se debe recurrir a los llamados hipoglucemiantes orales y otras es necesario inyectar insulina, resaltándose con ello, que se, deben comer a la misma hora todos los días para adaptar la ingesta de alimento a las dosis de insulina.



Significa esto que, el diabético debe evitar o reducir lo más que pueda los alimentos que le aporten azúcares simples (monosacáridos y disacárido) y preferir aquellos que aporten azúcares complejos (polisacáridos). También, debe conocer que son fuente de azúcares simples el azúcar y los productos elaborados con ésta, tales como la bollería, dulces, pasteles, flan, y de azúcares complejos el pan, las harinas, las patatas, los cereales, el arroz, las legumbres, entre otros.

No obstante, investigaciones realizadas demuestran que existen cifras considerables de pacientes diabéticos que no siguen las prescripciones médicas, ni desarrollan las normas de autocuidado de manera efectiva, resultados éstos que llevan a establecer que la Diabetes Mellitus es considerada como una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor porcentaje de enfermos a nivel mundial; lo que en consecuencia es considerado un problema social de salud, el cual involucra a todos los sectores de la humanidad; en especial al de salud.

De igual forma, el paciente diabético debe evitar el consumo de alcohol ya que este disminuye los niveles de azúcar en la sangre. Evitar, los alimentos ricos en grasas saturadas los cuales deben sustituirse por alimentos desgrasados o con grasas no saturadas y elegir alimentos ricos en fibra ya que ayudan a controlar el nivel de azúcar en su sangre. Entre estos alimentos se encuentran las frutas frescas (no en zumo) y las verduras, los panes integrales, las legumbres y los cereales que contienen salvado (integrales). “Estos principios se resumen en una serie de consejos relacionados con el autocuidado para la adecuada alimentación”. (Orem 2010). Según Orem, entre esas normas se encuentra:

- Consumir cereales (arroz, trigo, avena, maíz, centeno, etc.) y sus productos elaborados como panes, palomitas de maíz y galletitas integrales. Aportan hidratos de carbono de absorción lenta y fibra.
- Evitar, no obstante, la pastelería y la bollería (bizcochos, magdalenas, roscos, galletas no integrales.).
- Consumir a diario aceite vegetal preferiblemente de oliva, aunque también puede ser de girasol o maíz y evitar para cocinar la manteca de cerdo, la mantequilla y los aceites de palma o de coco.
- Comer a diario verduras y hortalizas, tanto crudas como cocidas.
- Comer frutas frescas, en vez de zumos de fruta. Evitar la fruta en conserva o en almíbar y las compotas y mermeladas excepto las elaboradas



- expresamente para diabéticos que no contienen azúcar.
- Consumir todo tipo de legumbres (lentejas, garbanzos, habichuelas, etc.) que aportan una cantidad considerable de fibra.
 - En cuanto a la carne, lo más aconsejable en este caso es comer pollo o pavo sin piel, conejo, perdiz, codorniz, paloma. Evitar las carnes grasas, los embutidos, las vísceras, los salazones y los ahumados.
 - En cuanto al pescado, puede consumir tanto los considerados blancos como azules.
 - Tomar leche y yogurt desnatados. Evitar la leche entera, los yogures enteros, los quesos curados (manchegos, bola, emmental), la nata que aportan más grasa.
 - No consumir azúcar común. Si es que está acostumbrado a añadir azúcar a sus bebidas, usar algún edulcorante artificial que no tenga calorías, como aspartamo o sacarina.
 - Evitar la miel, la jalea, los caramelos, las gelatinas dulces y los pasteles dulces.
 - Evitar las bebidas como gaseosas, colas, zumos comercializados y otros refrescos que suelen contener bastante azúcar.
 - Evitar las bebidas alcohólicas ya que el alcohol reduce los niveles de azúcar en la sangre e interfiere con el correcto control de los niveles de insulina.

3.2. Autocuidado que deben seguir los pacientes diabéticos en su Higiene Personal

En los pacientes diabéticos, la neuropatía, la enfermedad vascular periférica, la limitación de la movilidad articular, la disminución de la resistencia a la infección, representan algunas de los signos y síntomas que intervienen, para iniciar el síndrome de pie diabético. De aquí, que la prevención, representa, el mejor tratamiento para evitar y controlar los problemas antes de que ocurran y tratarlos de forma prematura cuando aparecen.

En virtud de esto, el profesional de enfermería está en la capacidad de recomendar una serie de medidas sanitarias o de higiene personal que contribuirán con pacientes que padezcan de esta enfermedad, y de aquellos que ya la tengan



y que se encuentre muy avanzada, a los que de forma general se les recomienda la ducha diaria, adecuada higiene bucal, cuidado de pie, utilización de ropa limpia y holgada que no presione sobre la zona de implantación del catéter, utilización de jabones neutros, cremas hidratantes, y mantenimiento de uñas cortas y limpias.

Por consiguiente, se recomienda mantener una revisión diaria de los pies, para lo cual el paciente diabético deberá examinarlos de forma regular, con el fin de observar si hay eritemas, descamaciones, callosidades, fisura o úlceras”. En base a esto, es recomendable que el paciente diabético, se revise entre los dedos, en las uñas, en las zonas de presión, en las plantas el dorso de los pies, utilizando para ello, el uso de un espejo que facilitará la revisión. En el caso de que el diabético tenga problemas de visión deberá pedir la ayuda de un familiar. En conclusión, el profesional de enfermería debe orientar al paciente diabético en el autocuidado de la higiene personal, ofreciendo las siguientes orientaciones:

1. La temperatura, la cual debe ser comprobada con la mano o un termómetro.
2. El baño de pies debe ser corto no más de 5-10 minutos, para evitar la maceración
3. El secado de los pies se realizará con una toalla suave, fina, insistiendo en los espacios interdigitales. No usar secador.
4. Después usar una crema hidratante con lanolina, aplicándola con un ligero masaje evitando los espacios interdigitales. Evitar cremas irritantes. Las uñas se cortarán tras el lavado, cuando estén blandas y limpias. Se pueden usar tijeras de punta roma cortando horizontalmente a nivel de la yema del dedo.
5. Los calcetines deben ser suaves, absorbentes, preferentemente de algodón o lana, sin costura ni remiendos, se cambiarán diariamente. Es recomendable usar medias enteras. No usar ligas o fajas que comprimen y dificultan la circulación.
6. El calzado debe ser transpirable preferiblemente de piel y ajustarse correctamente, es aconsejable que el mismo tenga cordones. Se recomienda comprar el calzado a última hora de la tarde, cuando el pie pueda estar hinchado. Los zapatos nuevos deben ponerse progresivamente.



7. El zapato deberá tener la anchura suficiente para evitar presiones. El tacón recomendado será entre 2-4 cm. Si se usan plantillas deben ser iguales a la parte interna del zapato para evitar compresiones. Antes de ponerse los zapatos hay que inspeccionarlos por dentro para descubrir irregularidades como pliegues, grietas, clavos, piedras, etc.

En apoyo a esto, y siguiendo el orden del autocuidado que debe seguir todo paciente diabético, se recomienda:

1. No andar nunca descalzo, ni en la playa.
2. Caminar diariamente con un calzado cómodo, hacer ejercicios gimnásticos de dedos, tobillos y rodillas. Los masajes también son beneficiosos.
3. No fumar. Control metabólico estricto.
4. Si el diabético está encamado, se deben evitar las presiones continuadas que disminuyen la llegada de la sangre arterial y favorecen el edema. Los pies deben mantenerse calientes con ropa de abrigo, nunca hay que calentarlos con bolsas o botellas de agua caliente, mantas eléctricas, evitar las exposiciones prolongadas al sol.
5. Evitar cambios bruscos de temperatura. Si tiene una ligera herida lavar con agua y jabón, usar un antiséptico suave que no colorea en exceso la herida y enmascare su aspecto, cubrir con gasa estéril y esparadrappo hipoalérgico. Si no mejora en poco tiempo (24-48 horas) consultar con el personal sanitario del Centro de Salud.
6. No usar nunca callicidas para eliminar durezas- Si presenta callosidades y durezas es imprescindible descubrir la causa, puede ser necesario recurrir a un Podólogo u Ortopedia, para corregir puntos de apoyo anómalos.

Las recomendaciones descritas por Garza (obcit) conducen a expresar la importancia del autocuidado que debe seguir todo paciente diabético; por lo que unido a esto, plantea, “es relevante que todo paciente afectado por la Diabetes Mellitus mantenga un estilo de vida activo”. (p.45). Es decir, que realice un conjunto de actividades, que le permitan mantener un cuadro de salud estable y evitar de esa manera futuras complicaciones, como hipertensión arterial y disminución de la sangre en el torrente sanguíneo de las extremidades inferiores.



Por otra parte, se deben señalar los casos en donde el paciente diabético presenta alguna lesión; por lo que de ser así, se recomienda actuar con la mayor rapidez y extremar los cuidados: Alentar al diabético para que mantenga el control metabólico estricto. Deberá guardar reposo con la pierna afectada en alto, evitando la presión sobre la zona. Tomar una muestra de la herida para cultivo y antibiograma.

Seguido a esto, se plantea que el paciente diabético en condiciones más vulnerables y con presencia de úlceras, deberá lavar diariamente la lesión con suero fisiológico estéril, para lo que se puede usar un antiséptico suave, tipo povidona yodada, clorexidina. Si existen costras, tejidos necróticos, retirarlos, bien sea con pomadas enzimáticas de forma mecánica. Cubrir con gasa estéril y realizar vendaje de la zona sin comprensión.

De esta manera, se hace necesario que el paciente diabético desarrolle en su vida diaria un autocuidado que le permita alcanzar un mejor nivel de vida

3.4. Autocuidado que deben seguir los pacientes diabéticos en las Indicaciones Médicas

El cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas, es definido como “un control continuo, que permite al paciente coincidir en mayor o menor medida con las prescripciones médicas establecidas por el doctor tratante”. . En virtud de esto, se debe referir que el tratamiento, es aquel que le indica a la persona los cuidados a seguir, las dietas recomendadas, los exámenes a realizarse, el ejercicio físico que deben realizar y los cambios de vida que deben establecer la misma.

Estas indicaciones refieren, un proceso de cuidado activo y responsable que el paciente debe seguir para mantener su salud en estrecha colaboración con el médico. Las mismas, implican el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente con las recomendaciones médicas del profesional de la salud que atiende.



Ahora bien, se debe referir que, desde el punto de vista conductual el cumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas resulta problemático; dado que los beneficios de esta rutina médica se perciben a mediano o largo plazo, sin embargo la consecuencia inmediata de su aplicación no conlleva ninguna satisfacción; por lo que es recomendable proporcionar información sobre la frecuencia de aplicación de sus prescripciones.

Sin embargo, se observa que en algunos casos los profesionales de la salud, en algunos casos, no justifican ante sus pacientes las indicaciones que éstos deben seguir, pues no se emplean estrategias de modificación de conducta, las cuales le permitan a los mismos cambiar su forma de vida, para lograr cumplir el tratamiento. Por ende, el cumplimiento de las prescripciones médicas, supone enfrentarse a grandes dificultades ya que implica un gran consumo de tiempo y a veces conlleva a procesos molestos o dolorosos, lo que puede entorpecer la vida diaria, tanto del enfermo, como de la familia, por lo que constituye una fuente de stress para todos sus miembros.

En consideración a lo descrito, es importante señalar que el cumplimiento de las prescripciones médicas supone restricciones de tiempo, libertad personal, espontaneidad y relación social. De aquí, que muchos adultos mayores, niños y adolescentes perciben el tratamiento como una amenaza para su calidad de vida, y a pesar de ser conscientes de las potenciales consecuencias negativas, optan por el incumplimiento.

Lo expuesto, conlleva a señalar que ante la presencia de enfermedades crónicas en las familias, se hace necesario aplicar una serie de recomendaciones, tanto al paciente, como al núcleo familiar al cual él /o ella pertenece; lo que les permitirá saber más sobre su enfermedad, estableciendo así, que logren una visión realista y ajustada de su situación y sus posibilidades.

En virtud de esto, se plantea la situación del paciente diabético, el cual debe mantener un estricto cumplimiento de las indicaciones médicas, lo que se traduce en una respuesta colaboradora de su parte, ante el tratamiento a seguir y el autocuidado que debe llevar a cabo de forma diaria, a fin de obtener los resultados que se esperan para optimizar así, su calidad de vida. Claro está, que



para el logro de esto, es relevante la intervención del profesional de enfermería, el cual siguiendo sus objetivos éticos debe orientar a las personas afectadas por enfermedades crónicas, a fin de que las mismas cumplan a cabalidad las instrucciones que les dicta el médico tratante.

Por todo lo anteriormente expuesto, se destaca la necesidad de que todo profesional de enfermería establezca un plan de orientaciones médicas dirigido a aquellos pacientes que padezcan de enfermedades crónicas, como lo es, la Diabetes Mellitus; a fin de realizar en ellos una labor de motivación, que justifique la necesidad de seguir las prescripciones médicas que asigna cada médico tratante, destacando en el mismo, los beneficios terapéuticos, haciendo un seguimiento del correcto cumplimiento, invitando a que el paciente registre diariamente su grado de adherencia, en definitiva, animándoles para que adopten un papel activo en el proceso terapéutico, reconociendo y valorando su colaboración.

3.5. Autocuidado que deben seguir los pacientes diabéticos en la Actividad Física

Hablar de autocuidado en un paciente diabético, es hacer referencia a un proceso de formación e instrucción que debe tener el mismo, para de esa forma poder alcanzar un nivel de concientización sobre los posibles peligros o riesgos de complicaciones médicas que puede llegar a tener de no cumplir a cabalidad este tipo de normas. Por tal motivo, “es necesario que cada paciente que sufra de diabetes mellitus desarrolle actividades físicas, las cuales le permitan alcanzar un estilo de vida saludable”. He aquí, el importante papel que cumple el médico tratante, por ser éste el encargado directo de dar a los pacientes afectados con esta patología las orientaciones sobre las ventajas y el ejercicio recomendado según la condición de salud que cada una de estas personas presente. De esta manera se sostiene que: entre las ventajas más importantes de la actividad física se mencionan:

1. Disminuye el nivel de azúcar en sangre durante y después del ejercicio.
2. Ayuda al cuerpo a utilizar mejor la insulina. Reduce la medicación a tomar.
3. Reduce la tensión arterial.



4. Contribuye a que el corazón y la circulación mejoren.
5. Permite reducir peso junto con la dieta.
6. Reduce los niveles de colesterol y de otras grasas.
7. Mejora el estreñimiento.
8. Fortalece los huesos, músculos y tendones.
9. Hace sentir mejor a la persona y alivia el estrés y las tensiones. (p.96)

Lo descrito anteriormente, permite comprender que el ejercicio físico está recomendado en todas las personas, independientemente de su edad; es por ello que, su puesta en práctica se debe a la necesidad de establecer una dinámica física, la cual se encuentre acorde a su condición física, para de esa forma, poder evitar, aquellos intentos deportivos que pongan en riesgo su salud.

Entiéndase con esto que, entre los tipos de ejercicios recomendados para las personas afectadas con la diabetes mellitus, se encuentran aquellos de intensidad moderada, conocidos como los aeróbicos (andar, ciclismo, esquí, tenis, fútbol, y otros en equipo) y realizados de forma continuada, que aquellos ejercicios violentos, de resistencia, practicados de forma intermitente o que conlleven algún tipo de riesgo (buceo, boxeo, culturismo, levantamiento de pesas...)

En virtud de esto, se expresa que la mayoría de las personas, sobre todo las mayores y las no habituadas al ejercicio físico, lo más recomendable es un programa regular de caminar (1 - 2 horas diarias), bolos, gimnasia, natación... (1 hora, 3 días a la semana), siendo de suma importancia que la actividad física sea continua y se realice todos los días. Es decir, es mejor caminar 10 minutos todos los días que una hora a la semana.

CAPÍTULO IV

LA DEPRESIÓN: UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO QUE AFECTA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE DIABÉTICO





4.1. Depresión

Definir los trastornos depresivos es una ardua tarea. No en vano ha sido objeto de importantes discusiones a lo largo de los siglos. En la práctica clínica, e incluso a nivel teórico, muy frecuentemente aparece de manera dudosa el concepto “depresivo”. En ocasiones se entiende como un estado de ánimo, otras como síntoma, a veces aparece como síndrome y en otras ocasiones directamente como cuadro clínico. Si se piensa en el lenguaje popular el mismo término también adopta diferentes significados: puede ser un estado (“estoy deprimido”), un rasgo (“es una persona depresiva”), o un síntoma o trastorno (“tiene una depresión”).

En términos generales, la depresión es entendida “como un trastorno emocional que provoca alteraciones en la persona en su estado afectivo, cognitivo, motivacional y somático”. Según esta afirmación la depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por la presencia de sesgos en el procesamiento que se manifiestan en la codificación, la comprensión y la recuperación de la información emocional. Según este autor el sujeto deprimido siente de la manera en que lo hace porque su pensamiento está basado en interpretaciones negativas

Con frecuencia la depresión aparece asociada a otros problemas psicológicos y de salud, así como también puede surgir como una condición secundaria a otro problema”. De allí, que es preciso resaltar que los desórdenes depresivos son aquellos en que la depresión es el síntoma principal, es decir, el trastorno anímico es el principal problema del sujeto. Ante estos señalamientos,

Desde este enfoque, la depresión representa un estado emocional que se caracteriza por la presencia de una gran tristeza y aprensión acompañado por síntomas tales como: preocupación, pérdida de sueño y apetito, disminución notable del apetito sexual, así como pérdida de interés y placer en la realización de actividades que usualmente el sujeto desarrollaba sin inconvenientes.

De todo lo referido, se deduce que existen diferentes percepciones en lo que concierne a la definición de depresión ya que se considera un trastorno emocional de la afectividad en algunos casos y en otros como un estado físico-mental



ánimico que se caracteriza por presencia de tristeza, pérdida de interés por las ocupaciones habituales, desgano, abatimiento, apatía, disminución de la actividad física y psíquica y alteración del pensamiento. Existen algunos factores que explican el origen de la depresión, tales como:

Factores genéticos: Una de las causas posibles de la depresión es atribuida al factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento, tal como lo menciona.

Factores psicológicos: Algunos factores psicológicos ponen en riesgo de depresión a las personas, las personas con baja autoestima, quienes constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo, o que se agobian fácilmente por el estrés, podrían ser propensas a la depresión. Otros factores psicológicos, como el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo de una persona para depresión. La depresión también es más común en personas con trastornos de ansiedad crónica y trastornos de personalidad limítrofe.

Factores de personalidad: Existen estilos de personalidad más vulnerables a la depresión, aquellas personas con una autoestima deteriorada, fácilmente sobrepasadas por las situaciones de estrés, en general pesimistas, con ideas rígidas acerca de diversos aspectos de la vida, estarán más predispuestas a una depresión que otras sin estas características.

Factores contextuales: La exposición a situaciones de violencia, negligencia, abuso, rechazo o pobreza acrecienta la probabilidad de desarrollar depresión.

Factores sociales: Las situaciones de pérdida, en personas vulnerables, puede ser los detonantes de una depresión.

Por consiguiente, los síntomas de la depresión aparecen en forma de episodio que puede durar varios meses y presentarse más de una vez en la vida”. Entre los síntomas más comunes se encuentran tres categorías:



Emocionales: tristeza, (incapacidad para sentir placer o felicidad en respuesta a actividades comúnmente placenteras), pérdida de interés, sentimientos de culpabilidad, síntomas de ansiedad, disminución de la capacidad de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Ansiosos: la mayoría de los pacientes deprimidos tienen cierto componente de ansiedad, presentando síntomas como irritabilidad, falta de concentración, fobias y/o alteraciones psicomotoras.

Físicos (o somáticos): manifestaciones orgánicas de la depresión que pueden aparecer en forma de alteraciones del sueño y/o del apetito, fatiga o poca energía y agitación psicomotriz. Otros de los síntomas físicos de la depresión son de naturaleza más dolorosa, principalmente en el cuello, hombros o espalda. Los síntomas físicos frecuentemente pasan inadvertidos tanto en el diagnóstico como en la evaluación del progreso del paciente. En estos síntomas dolorosos es frecuente que no exista una causa orgánica que los justifique.

En el mismo orden de ideas, se expone “entre los síntomas más comunes de la depresión se encuentra:

- Ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente; Sentimientos de desesperanza y pesimismo;
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo;
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual;
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta.”
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones; Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio
- Inquietud, irritabilidad
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.



Los síntomas expuestos, demuestran que el eje central de la depresión se basa en una tristeza vital y profunda, aunque en algunos casos puede manifestarse una intensa inhibición o sintomatología somática. Según este señalamiento, el paciente deprimido presenta físicamente algunas características tales como abatimiento, con facies triste y abandono del cuidado personal e higiene de su persona.

Por tal motivo, para establecer un diagnóstico de depresión mayor, tales síntomas deben persistir por lo menos por dos semanas consecutivas y representar un cambio de conducta previa. Estos síntomas entre tanto provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

No obstante, también pueden aparecer lo que se llama máscaras somáticas que se manifiestan con una gran variedad de síntomas repartidos en un continuo desde un sentimiento de tristeza, inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social (episodio de depresión mayor), lo que lleva a considerar la necesidad de realizar la detección temprana de esta patología.

En virtud de esto, se señala la importancia que tiene el diagnóstico temprano en el paciente diabético, ya que se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtipos o variantes como la depresión sin tristeza o dificultan aún más la identificación. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria, e incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición.

También, se encuentran asociados a la depresión otros síntomas, como lo es la percepción del dolor, los síntomas cardiovasculares o la pobre concentración; la ansiedad y la somatización son, sin embargo, los síntomas dominantes, tomado en consideración que las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas.



4.2. Efectos de la Depresión en el Paciente Diabético

En la actualidad los diferentes enfoques de la investigación dentro del área de promoción de la salud, buscan dar conocimiento a la diversidad de temas y en este caso en particular a las enfermedades que más prevalencia tienen a nivel mundial, esperando contribuir con este fin. De allí que, dentro de esta multiplicidad de patologías, las cuales son objetos de estudio se encuentre la Diabetes Mellitus, reconocida en la actualidad como una de las afecciones de mayor riesgo de padecimiento dentro de las poblaciones.

La Diabetes Mellitus, representa una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo; actualmente esta patología está afectando a 200.000.000 de personas, lo que demuestra la existencia de una cifra alarmante de afectados con este padecimiento; problemática ésta, que probablemente se duplique en las próximas décadas, lo que representa un problema de salud, de enorme magnitud, el cual en mucho de los casos es ocasionado por diagnóstico tardío y la ausencia adecuada de un estilo de vida saludable que permita a aquellos pacientes que tienen conocimiento de su padecimiento, alcanzar una mejor calidad de vida y evitar las complicaciones y trastornos afectivos asociados a la misma.

Según lo expuesto, la diabetes mellitus representa una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor incidencia en el mundo entero; la cual, debido a sus múltiples afecciones, aumenta la probabilidad de que una persona presente depresión, entendida ésta, como una patología basada en una serie de trastornos afectivos generados por la angustia y tristeza originada en el paciente, tras el conocimiento y padecimiento que este mal de salud y sus complicaciones puede generar en el mismo.

De allí, que numerosos estudios reportan que los pacientes diabéticos que presentaban complicaciones crónicas, mostraron una mayor prevalencia de depresión, la cual es entendida como uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en personas afectadas con patologías originadas por este mal, como es el caso de la retinopatía (daños en la retina), nefropatía, (insuficiencias renales), cardiopatía (daños cardíacos) y el pie diabético; este último originado por una ulceración, infección o gangrena del pie, la cual se encuentra asociada a una



neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica.

Según lo expuesto, la diabetes es una enfermedad que por sus múltiples complicaciones genera en el paciente una serie de trastornos adaptativos, tales como la depresión, siendo la misma, el motivo más frecuente de consulta psiquiátrica en asistencia primaria, constituyéndose la misma, entre el 8 y el 10% de las segundas visitas o consecutivas entre médicos generales.

El pie diabético, representa una patología derivada de la diabetes mellitus y una de las complicaciones médicas más recurrentes de este mal del siglo XXI, esta enfermedad tiene una base etiopatogénica neuropática, la cual se debe, al daño progresivo que sus efectos producen sobre los nervios, lo que se conoce como “Neuropatía”, originando en la persona úlceras, que generalmente conducen a la amputación del pie, lo que en consecuencia afecta la vida de la persona, quien cae en depresión.

Lo descrito por el autor, resalta al pie diabético al igual que otras de sus complicaciones de origen neuropático, son de mayor incidencia y prevalencia en estos pacientes, generando en los mismos niveles altos de depresión, los cuales no sólo afectan la vida de la persona, sino que terminan afectando al núcleo familiar en pleno debido a las consecuencias que este trastorno origina en ellos. La depresión constituye la alteración psiquiátrica más común en pacientes con enfermedades crónicas”

Por ende, se puede entender que este trastorno genera en la vida de la persona un impacto negativo considerable, el cual va desde la negación, hasta llegar a altos grados de ansiedad, angustia, tristeza profunda, insomnio, falta de apetito, en fin, una serie de síntomas que afectan la vida del paciente e incluso, aumentan la probabilidad de complicar aún más su enfermedad.

La depresión es una patología que incapacita al organismo para metabolizar o usar eficazmente carbohidratos, lípidos y proteínas, y, a su vez concentra a nivel sanguíneo grandes cantidades de glucosa, (aspecto que conduce a la producción de enfermedades secundarias), generando múltiples complicaciones que se pueden desarrollar a raíz de la evolución grave de la diabetes mellitus.



En tal sentido, se debe entender que la depresión es una enfermedad que afecta físicamente el estado general del paciente diabético, sus síntomas pueden intervenir en el control de la glucosa, debido a que los afectados por su condición de tristeza, les es más difícil seguir las instrucciones del médico; de ahí, que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico.

Sumado a esto, la Organización Mundial de la Salud OMS señala “en los últimos años los médicos de atención primaria están asumiendo cada vez más el tratamiento de enfermedades depresivas en pacientes diabéticos, esto se debe al aumento de la prevalencia de la misma”.

La situación antes descrita, ha llevado a los médicos que brindan atención a pacientes con diabetes mellitus, o a aquellos que presentan complicaciones, como es el caso del pie diabético a indicar medicamentos como la fluoxetina, paroxetina, sertralina, las cuales comprenderán dosis ajustadas, dependiendo de la evolución del paciente y por ende aquellos tratamientos a largo plazo que minimicen la posibilidad de que exista una recaída de la enfermedad.

Es por ello que, la falta de un autocuidado efectivo del paciente diabético puede traducirse en niveles no controlados de azúcar en la sangre”. En efecto, es importante tener presente que el paciente con diabetes mellitus debe cumplir una serie de autocuidados que les permitan alcanzar niveles de vida óptimos; de no cumplir los mismos, se estarían exponiendo a sufrir de alteraciones de salud, tales como: (nivelesde glucosa altos, pérdida del sueño, pérdida de energía y de sueño, a lo cual se suma el riesgo a padecer de una serie de complicaciones médicas, entre las que más destaca el pie diabético.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud OPS, expone que aumentan año tras año; la prevalencia de estas enfermedades se ha hecho presente en la mayoría de los países latinoamericanos, donde su aparición viene siempre acompañada de la depresión; patología que se encuentra caracterizada, en muchos de los casos, por pérdida de la visión, por una ulceración, infección o gangrena del pie, o por efectos ocasionados por situaciones clínicas derivadas de estas complicaciones, las cuales de manera general, se encuentran asociadas



a una neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica siendo el resultado de la interacción compleja de diferentes factores.

En fin, es de vital importancia comprender que las complicaciones médicas originadas en pacientes diabéticos exigen, de manera natural, del desarrollo de estilos de vida adecuados, tan necesarios en la vida de estas personas, pues son las encargadas de brindarles a las mismas los cuidados preventivos necesarios para alcanzar estilos de vida óptimos.

No obstante, es importante tomar en cuenta que para hablar de autocuidados se debe, en primer lugar, hacer referencia a la disponibilidad e interés que debe tener el paciente diabético de seguir y cumplir las prescripciones médicas, pues, para ello, se requiere que exista una autoconciencia, la cual le permita al mismo, reconocer el riesgo que sufre de padecer aún mayores complicaciones, considerándose que, la diabetes “es una enfermedad crónico degenerativa que comprende cambios hormonales y neuroquímicos asociados a la ansiedad y la depresión, generando daños en la afectividad (tristeza), la cognición (desesperanza), la psicomotricidad (inhibición) y la conducta (hipoactividad) de la persona”.

En definitiva, la depresión puede ser conceptualizada como una enfermedad que de no ser tratada pudiera llegar a ser crónica; esta patología, según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2014), representa “una de las principales causas de discapacidad en el mundo, pues afecta del 20 al 25% de los pacientes con diabetes, de los cuales, solamente el 33% son diagnosticados y tratados”; situación que, en consecuencia suma una mayor posibilidad de que el paciente con esta enfermedad sufra una amputación de los miembros inferiores, o presente como complicación la pérdida de la visión, insuficiencias renales y cardiopatías que llevan a la persona a optar por el suicidio.

Lo mencionado anteriormente, lleva a considerar la importancia de abordar la forma cómo la depresión afecta la calidad de vida de los pacientes que padecen de pie diabético; planteamiento éste que lleva a considerar la importancia que tiene la intervención de planes y programas de salud dirigidos a promover en esta población de pacientes los conocimientos necesarios acerca de



su enfermedad y las normas y medidas que éstos deben seguir para así, poder alcanzar estilos de vida saludables, minimizando al mismo tiempo el riesgo a sufrir de algunas de estas complicaciones.

4.3. Promoción de estilos de vida Saludables:

Una vía para la prevención de trastornos de Depresión y otras complicaciones en pacientes Diabéticos

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población, los mismos, conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. He aquí, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) la define como: es la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

Entiéndase con ello, que los estilos de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo, poco menos que una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica las expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo nacional, regional, local, generacional, de clase, o subcultural.

En respuesta de esto, es necesario expresar que los estilos de vida responden clínicamente a la presencia de factores de riesgo o, de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por consiguiente, se puede entender que los estilos de vida representan la manera en que vive o se desarrolla socialmente una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja



las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. El término hace referencia a una combinación de unos factores claves intangibles o tangibles.

Por su parte, los factores tangibles relacionan específicamente con las variables demográficas, esto es un perfil demográfico individual mientras que los factores intangibles tratan de los aspectos psicológicos de uno individuo como valores personales, preferencias y actitud.:

En razón de lo expuesto, hay que entender que los estilos de vida son aquellos patrones de conducta individual que, con consistencia en el tiempo y bajo condiciones más o menos constantes, pueden constituirse en factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en la vida adulta. De ahí, que “la frecuencia, tipo e intensidad del ejercicio físico, la ingesta de bebidas con contenido de alcohol, el consumo de tabaco y las características de alimentación, constituyen los estilos de vida más relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Entiéndase así, que una estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un sólo término el compromiso individual y social 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.

De esta manera, los estilos de vida que se practiquen serán los que determinen en cierta medida el grado de salud que se tiene y se tendrá en el futuro. La forma en que el hombre trabaja y descansa, sus hábitos nocivos, si los tiene, su relación con el medio ambiente y con el contexto en que se desenvuelve, determina en gran medida el proceso salud-enfermedad

Por todo esto, es importante tener en cuenta que no hay un estado ideal de salud, no hay un estilo de vida “óptimo y único” para todo el mundo, puesto que aspectos como la cultura, el ambiente del hogar, el trabajo, los ingresos económicos, la edad, las capacidades físicas individuales y el estado de salud, influyen en el modo de vida y en la calidad de ésta, haciendo que algunos se acerquen más a lo “saludable” en tanto que otros se alejan de dicho propósito.



En éste sentido, la meta es conseguir que las alternativas más saludables sean también las de mayor y fácil elección, teniendo en cuenta la situación actual de la persona, el contexto en el cual se desenvuelve y la satisfacción de sus necesidades básicas. De hecho, se debe conceptualizar que una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve.

Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos.

Es por ello que, alcanzar un estilo de vida saludable sólo es posible cuando se cuenta con los conocimientos, se tiene la oportunidad y ante todo, la voluntad de hacerlo, que es lo que en realidad determina el auto cuidado del individuo, esto incluye razones para un cambio, disponibilidad de conocimiento y habilidad para iniciar y sustentar una transformación. En otras palabras, este tipo de meta podrá ser considerada mediante una tendencia moderna de salud, la cual básicamente se encuentre enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

En consecuencia, es necesario concientizar sobre el hecho de que existe la necesidad de elevar la calidad de vida de las personas. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir quiénes son aquellos que, sin sospecharlo siquiera, pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable y con la realización por todos los factores de la comunidad de las acciones que favorezcan estas conductas.



Imagen N° 10. Educación del Paccinte Diabético



Fuente: Rivas (2013)

En este contextto, se establece que el perfeccionamiento de la prevención y el control de la Diabetes Mellitus representa es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. De allí, que la adecuada percepción del riesgo que significa padecer esta enfermedad obliga a los organismos públicos y médicos tratantes a ejecutar una estrategiapoblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de aquellos factores de riesgo que inciden sobre la aparición de esta enfermedad, como lo son fundamentalmente la falta del ejercicio físico, dietas inadecuadas, el alcoholismo, entre otros de gran importancia.

En efecto, es necesario establecer y promover medidas asistenciales, las cua-



les permitan orientar, detectar y controlar a través de estrategias específicas las patologías que más prevalencia e incidencia comprenden las personas dentro de las comunidades, como lo son las enfermedades crónicas no transmisibles, destáquese entre ellas, la Diabetes Mellitus, y sus múltiples complicaciones.

En razón de ello, en los últimos tiempos se han realizado toda una serie de investigaciones de tipo interventivo, con el objetivo expreso de elevar el nivel de conocimiento de los diabéticos acerca de su propia enfermedad; de manera que los mismos, sean capaces de movilizar todos sus recursos e implementar y seguir las normas de autocuidado prescritas por su médico tratante para de esa forma minimizar los riesgos que generan las complicaciones generadas por este mal de salud.

Entiéndase por medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y eficiencia física y mental, ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución en los tres niveles de acción preventiva que se describen.

En este contexto, para hablar de medicina preventiva, se debe en primer lugar hablar de promoción de la salud, vista ésta, como una estrategia para abordar además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar las acciones y políticas destinadas a mejorar la salud.

En todo caso, se puede decir que hay que promover la educación para la salud, la cual, no sólo debe incluir la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

En este contexto, es importante entender que existe la necesidad de promover la educación para la salud, entendida ésta como proceso de formación de responsabilización del individuo, a fin de que el mismo logre adquirir los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de



la salud individual y colectiva.

En otras palabras, este proceso de formación y hábitos saludables consiste en la aplicación de principios formativos con el propósito de mejorar las condiciones de salud del paciente, es decir, es una disciplina científica que se refiere a los conocimientos y principios que determinan como las personas y grupos humanos pueden tomar conciencia de la salud, cuyo objetivo fundamental además de transmitir información o lograr conocimientos básicos es obtener una modificación favorable de los comportamientos.

CAPÍTULO V

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL PACIENTE DIABÉTICO



La Diabetes Mellitus, representa una patología que no tiene una manifestación única, sino un síndrome dentro del cual deben individualizarse diferentes entidades nosológicas. El aspecto común de esta enfermedad es la hiperglucemia y sus consecuencias, es decir, las complicaciones específicas de hiperglicemia, las cuales son comunes a todas las formas de diabetes. La diabetes es un trastorno crónico de base genética caracterizado por tres tipos de manifestaciones:

- Un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, poli-fagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina.
- Un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático y que afecta a todos los órganos, pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina.
- Un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico.

En efecto, la Diabetes Mellitus representa un proceso complejo del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que en principio es el resultado de la falta relativa o completa de secreción de insulina por las células beta del páncreas o por defectos de los receptores de insulina. Esta condición está asociada, a largo plazo, con daño o mal funcionamiento de órganos tales como: corazón, riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos. Todos estos daños se conocen como complicaciones crónicas de la diabetes, las cuales a su vez, se encuentran relacionadas de forma directa con los diferentes factores de riesgo que inciden en su patología, éstos a su vez se clasifican de la siguiente forma:

5.1. Factores de Riesgo

La Diabetes y los factores de riesgo para adquirirla constituyen un importante problema de Salud Pública por su alta morbilidad y mortalidad. La diabetes es una enfermedad de alto costo humano, económico y social cuya incidencia ha aumentado considerablemente, y afecta a un gran porcentaje de la población. La diabetes se reconoce como una amenaza y epidemia global al ser una enfermedad crónica, debilitante y costosa, con graves complicaciones, que conlleva grandes riesgos para las familias, los estados y el mundo



Dicho de esta manera, la Diabetes Mellitus es una enfermedad en la cual tanto factores genéticos cuanto ambientales se conjugan, desencadenando defectos en la secreción y acción de la insulina, produciendo hiperglicemia y alteraciones en el sistema cardiovascular, sistema nervioso, riñón, ojos, metabolismo de los lípidos y otros órganos lo que lleva a que sea reconocido como un problema importante de salud pública, debido a que es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes que padecen de esta enfermedad.

Asimismo, la Diabetes Mellitus (DM) representa un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Es una enfermedad crónica que requiere cuidado médico continuo y automanejo por parte del paciente para prevenir complicaciones agudas y reducir las mismas a largo plazo.

Cabe mencionar que, diversos factores vinculados al estilo de vida se relacionan con el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2; varios guardan relación con aspectos nutricionales. El sobrepeso y la obesidad se vinculan en forma convincente incrementando el riesgo, fundamentalmente la obesidad de disposición abdominal. De igual forma, las grasas saturadas y las de tipo trans son otro elemento de la alimentación que incrementa en forma posible el riesgo de desarrollar diabetes, mientras que los polisacáridos no amiláceos (traducidos como fibra dietética) lo reducen con el mismo nivel de evidencia.

De allí, que el objetivo del tratamiento médico nutricional en los sujetos de riesgo es reducir la posibilidad de desarrollar diabetes y enfermedad cardiovascular. Se promueve el consumo de alimentos saludables y la actividad física, que a su vez determine una pérdida de peso moderada y mantenida en el tiempo, en sujetos con exceso de peso.

En términos generales, se puede establecer que la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas complicaciones tanto en términos humanos como económicos que



origina el tratamiento de esta patología y sus complicaciones a los organismos sanitarios.

Se conoce que la neuropatía se presenta en el 50% de los casos y que ésta aumenta con la duración y el grado de descontrol metabólico, se estima que entre un 60 y 70% de los diabéticos tiene un daño moderado o severo. El pie diabético es de las principales causas de hospitalización y el 70% de estos casos termina en amputación. La diabetes es responsable del 60% de los individuos con insuficiencia renal terminal, seguida de la hipertensión arterial. (Organización Panamericana de la Salud OPS 2015)

Según cifras reportadas por la Federación Internacional de Diabetes para diabetes y señalando que el 30% presenta un problema renal, se estima que aproximadamente dos millones de estas personas desarrollarán nefropatía y 300,000 terminarán en insuficiencia renal terminal. La diabetes se ve asociada también con alteraciones macrovasculares que pueden clasificarse como enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y claudicación vascular intermitente, la complicación crónica más frecuente es la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, incluyendo la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la vascular periférica, siendo ésta la primera causa de muerte en diabéticos

Múltiples son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 los cuales pueden presentarse en cualquier momento de la historia natural de la enfermedad, algunos pueden modificarse a través del tiempo, estos son: sedentarismo, sobrepeso, dislipidemia, consumo excesivo de carbohidratos y grasas, etc.

En virtud de esto, es importante realizar una búsqueda intencional periódica de los factores de riesgo para detectar en forma temprana la enfermedad y facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno. Por lo anterior es de suma importancia dar prioridad a la prevención de esta enfermedad por lo que, el propósito del presente trabajo es enfocado a determinar factores de riesgo.

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Los



factores de riesgo además son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento, los mismos constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad

Entiéndase con esto, la importancia que tiene el abordaje global de los factores de riesgo que contribuyen a padecer diabetes, el mismo representa un reto fundamental para prolongar la esperanza y calidad de vida de las personas afectadas, quienes requieren una intervención preventiva más temprana y enérgica, que motive no sólo a los pacientes sino también a la población en general a que sigan hábitos saludables y las medidas terapéuticas recomendadas.

5.2. Tipos de riesgo

El grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, se cuantifica con determinados parámetros que son:

1. **Riesgo individual:** Es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población con unas características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.
2. **Riesgo relativo:** Es la relación entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos.
3. **Riesgo atribuible:** Es parte del riesgo individual que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y no con otros.
4. **Fracción etiológica del riesgo:** Es la proporción del riesgo total de un grupo, que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado.

5.3. Abordaje de los Riesgos

El conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos:

- a. **Predicción:** La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo au-



- mentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.
- b. Causalidad: La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable. La presencia de esta o estas terceras variables se conocen como variables de confusión.
 - c. Prevención: Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo se relacionan la obesidad y la hipertensión, el tabaco y el cáncer de pulmón, los factores de riesgo cardiovascular y el desarrollo de una enfermedad coronaria.
 - d. Diagnóstico: La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.

5.4. Factores Modificales y no Modificables

Los factores de riesgo para Diabetes Mellitus se pueden clasificar en modificables y no modificables. Los factores modificables son en los que el médico debe poner mayor atención en su práctica diaria, ya que al incidir en éstos podrá disminuir el riesgo de que la enfermedad se presente, retarde su aparición o evolución.

5.5. Factores No Modificables

Los factores no modificables, son constitutivos de la persona la que siempre tendrá ese factor de riesgo y no es posible revertirlo o eliminarlo; entre ellos se



encuentran:

Edad y Sexo: La mayor parte de los estudios han demostrado que la incidencia de la diabetes tipo II aumenta con la edad, siendo el grupo de mayor riesgo el de 40 – 59 años. Además se a encontrado relación directa entre la edad y el sexo, predominado el sexo masculino en el grupo etáreo de 45 - 54 años en la mayoría de los países, no siendo así en el sexo femenino que es más frecuente entre los 54 – 64 años de edad.

Raza: Existen grupos étnicos con mayor incidencia de diabetes, como los mencionados indios Pima del sur de Estados Unidos. La Diabetes Mellitus Tipo II es mayor en la población negra o descendencia hispana. En este ultimo grupo la razón de tasas o riesgo relativo es 3 : 1, es decir la enfermedad es tres veces más frecuente en los hispanos que en la raza blanca.

Antecedentes familiares de diabetes: Los factores genéticos son de suma importancia en la etiología de diabetes, ya que se ha encontrado asociación entre ciertos antígenos de histocompatibilidad tales como: HLA A2, HLA – BW61, HLA – BW56. 1,2,10,11,12

5.6. Factores Modificables:

Los factores Modificables son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida, destáquese entre los mismos:

Obesidad (IMC > 30 Kg/ M2): La obesidad es tal vez uno de los factores de riesgos más significativos para el desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo II, por lo que el incremento de peso se asocia con frecuencia a un aumento de las concentraciones plasmáticas basales de insulina. Tanto la secreción pancreática como las concentraciones plasmáticas de insulina se hallan aumentadas ante la estimulación.

Además, existe una insulinoresistencia debido a la disminución del número de receptores de insulina como un probable defecto postreceptor. El aumento de la resistencia y el incremento de las necesidades de insulina pueden determinar en el individuo obeso el fallo pancreático y la aparición de diabetes mellitus



secundaria a la 14 obesidad. La prevalencia de diabetes mellitus tipo II es tres veces superior en los individuos obesos, y en la mayoría de los casos puede controlarse reduciendo el peso del paciente.

Sedentarismo: Es otro factor ambiental que facilita el desarrollo de Diabetes Mellitus ya que la no realización de ejercicio contribuye a la resistencia insulínica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, probablemente esto se da a través de la desregulación del transportador de la glucosa (Glut 4) en el músculo, disminuyendo así concentraciones de Glut 4 e impidiendo la entrada y utilización de la glucosa en el músculo.

Hipertensión arterial: Alrededor del 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y descenso del colesterol ligado a las lipoproteínas de elevada densidad, lo que se conoce como síndrome metabólico X. La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pueden ser los responsables del aumento de la reabsorción tubular renal de sodio que presenta el paciente obeso y por este mecanismo se puede explicar la alta prevalencia de HTA.

Otros factores pueden estar implicados en la aparición de HTA en el individuo obeso, ya que los pacientes con un insulinoma mantienen cifras de presión arterial normales. La pérdida de peso se acompaña de una disminución importante de las cifras de presión arterial en la mayoría de los obesos incluso sin realizar una dieta hiposódica.

Dislipidemias: Constituyen un importante factor de riesgo en la génesis de la aterosclerosis. En los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II es frecuente observar un patrón lipídico anormal, con un aumento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas, que poseen un alto potencial aterogénico y una disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) e incremento de los triglicéridos.



Imagen N° 11: Control Glicémico

Fuente: Revista de Salud de la Habana Cuba

En la diabetes mellitus tipo II es habitual encontrar una disminución en la concentración plasmática de colesterol-HDL, especialmente de la subfracción HDL2. Esta disminución de las HDL se asocia a un aumento de VLDL debido en parte a un aumento de la síntesis hepática de triglicéridos y en menor grado a una disminución de la tasacatabólica de las VLDL.

La hipertrigliceridemia, que es mucho más acusada en los pacientes con mal control metabólico, guarda relación también con la obesidad de tipo víscero-abdominal. Por lo que respecta al colesterol-LDL, su concentración plasmática es similar a la de la población general de la misma edad con el mismo grado de obesidad o está moderadamente aumentado en los pacientes con mal control metabólico.

En el caso de diabetes mellitus tipo II el predominio en el plasma de partículas de LDL pequeñas y densas es altamente prevalente con una importante correlación con la trigliceridemia; estos cambios junto a los derivados de glucosilación de las partículas lipoproteicas explican en gran parte el elevado riesgo cardiovascular de estos pacientes.

Tabaquismo: Es el factor de riesgo más importante para la arteriosclerosis obliterante, la tromboangitis obliterante, eventos agudos coronarios isquémicos



y/o arrítmicos. Su componente más importante es la nicotina, que es un alcaloide muy tóxico, estimulante y depresor ganglionar. Muchos de sus efectos son mediados a través de la liberación de catecolaminas. En fumadores habituales se observan repuestas cardiovasculares agudas a la nicotina como un aumento a la presión sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, fuerza de contracción, consumo de oxígeno por el miocardio, flujo coronario, excitabilidad miocárdica y vasoconstricción periférica. También se ha observado que la nicotina aumenta las concentraciones séricas de glucosa, cortisol, AGL, beta endorfinas.

Imagen N° 12. Pacientes Diabéticos Fumadores



Fuente: Revista Médica de la Universidad de Los Andes (ULA) Mérida Venezuela

Enfermedades pancreáticas: Diferentes enfermedades pancreáticas de naturaleza inflamatoria, neoplásica o de otro tipo como la fibrosis quística y la hemocromatosis, así como la pancreatectomía, pueden ocasionar diferentes grados de déficit insulínico y en consecuencia conducir a Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA VÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA DIABETES MELLITUS





La diabetes mellitus tipo se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la morbilidad y mortalidad en los últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de los países

Conceptualmente se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético-ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas)

Es preocupante reconocer que, existe un vertiginoso aumento del número de personas con diabetes a escala internacional, en los inicios del presente siglo XXI, las cifras eran aproximadamente de 150 millones de personas diabéticas: una verdadera pandemia; en el 2010 la cifra ascendió a 225-230 millones, e incluso se espera que afecte a 380 millones para el 2025 y alcance la cifra de 438 millones para el 2030, se estima un aumento mayor en la población de 45 a 64 años en los países tercermundistas.

El reconocimiento de la Diabetes Mellitus tipo I y II como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud, enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto familiar y comunal. Por ello, para responder a las necesidades educativas y a los problemas de las comunidades, se están incorporando las teorías y modelos de las ciencias sociales a los programas de salud del primer nivel de atención, con el fin de hacerlos más flexibles para controlar y prevenir las enfermedades crónicas.



En inicio, es fundamental que la persona afectada con esta patología conozca que la diabetes es una enfermedad crónica que tiene un desarrollo gradual y para cuyo control son esenciales el consejo y la guía del personal sanitario, junto con la actitud de los pacientes ante la enfermedad. Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito comunitario y social, particularmente aquellos que han evolucionado de una relación emisor-receptor a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. En tal caso, es necesario reconocer que la educación sobre la diabetes es de gran valor, pues permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones en el seno de la familia.

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

La educación del diabético, debe ser progresiva, continua y ajustada a las condiciones clínicas del enfermo. Dirigido a lograr la incorporación activa del paciente y sus familiares al tratamiento, por ello, debe mantenerse invariablemente, identificando deficiencias, ampliar los conocimientos para influir en los cambios de conducta, lograr un estilo de vida propio de la condición diabética, es fundamental para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones.



Figura N° 13. Atención Primaria de Salud, Revista de Salud sobre la Diabetes y sus implicaciones médicas de la Universidad Autónoma de México

6.1. Cuidados primarios para la diabetes

En países latinoamericanos, los programas de educación sobre la diabetes se han desarrollado tradicionalmente en los niveles secundario y terciario de atención y se han dirigido específicamente al paciente, sin incorporar al grupo familiar. Sin embargo, con la readequación del modelo de salud, el nivel primario asume la responsabilidad de la educación y la detección temprana de los pacientes diabéticos en la comunidad. Estas acciones proporcionan una oportunidad de desarrollar estrategias educativas activas y participativas que trasciendan la visión asistencial y local hacia un enfoque más activo de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades crónicas prevalentes, como la diabetes. Entre las funciones que una acción médico comunitaria debe contemplar se encuentra:

- Estimular al personal sanitario para que desarrolle procesos educativos que involucren a la familia y a la comunidad.
- Estimular al paciente para que se implique activamente en los procesos educativos y exija atención educativa sobre la diabetes en los Equipos Básicos de Atención en Salud
- Incluir el programa de educación sobre la diabetes en los planes operativos y en los compromisos de gestión del área de salud.
- Involucrar a las organizaciones comunitarias en la implantación de las



actividades de prevención y detección temprana de la diabetes.

El control de las personas con diabetes se ha convertido en uno de los problemas sanitarios de mayor complejidad en el mundo, y compromete la forma como las autoridades sanitarias desarrollan y aplican estrategias, políticas, programas y recursos asignados para su atención. Una de las funciones esenciales que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas es la garantía de calidad de los servicios de salud.

Por ello, dentro de los elementos básicos que permiten medir su alcance, está la utilización de la evaluación de las intervenciones de salud con el mayor nivel de rigor científico. Dicha evaluación de la diabetes mellitus representa un tema al que están asociados diferentes factores y, en especial, elementos que forman parte esencial de lo que sienten, quieren, padecen y esperan las personas, considerándose en todo momento que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico.

En efecto, la implementación de planes de atención primaria de salud e intervenciones comunitarias se encuentran dirigidas a la modificación de los estilos de vida; considerándose este factor, como la piedra angular en la prevención y el control metabólico del paciente diabético, siendo las terapias y talleres informativos, la posibilidad inmediata que tienen estas personas de alcanzar la calidad de vida, por lo que su conocimiento brinda al médico múltiples alternativas en el manejo del paciente diabético, tanto en la atención primaria, como en la secundaria y terciaria.

En definitiva, el objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad. Las personas con diabetes deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida. Los servicios e intervenciones de salud públicos y privados deben entregar programas de educación en diabetes desde que el paciente ha sido diagnosticado con esta patología hacia adelante.

BIBLIOGRAFÍA

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS



- Álvarez, D. (2008). *Medidas Sanitarias a seguir en la Diabetes Mellitus*. México: Limusa.
- Blanco, F. (2000) *La Diabetes Mellitus y sus Complicaciones*. Artículo de la Revista Educere Año 12. Número 42. Julio – Septiembre del 2008. Mérida – Venezuela.
- Bricarrt, R. (2008). *La Diabetes Mellitus y sus Complicaciones Médicas*. Revista de la Salud de la Universidad de Los Andes en Mérida Venezuela.
- Brito, B. (2008). *Autocuidado que debe seguir un Paciente Diabético*. México: Hispano Americana.
- Browm, D. (2009) *La Diabetes un Problema de Salud Social*. Revista Médica de la Habana Cuba
- Brutt, F. (2006) *La Diabetes un Problema de Salud Pública*. Artículo de la Revista Educere Año 12. Número 42. Julio – Septiembre del 2008. Mérida – Venezuela.
- Cárdenas, R. (2009). *La Diabetes un Problema Mundial de Salud*. Madrid, Editorial: Pax
- Carrillo, L., (2008). *Cuidados Médicos del Paciente Diabético y Criterios de Atención a la Salud*. México. Trillas.
- Casal, R. y Fonseca, M. (2009). *Proyectos de Concientización del Paciente Diabético*. Trabajo de grado la Universidad Experimental “Rómulo Gallegos”, San Juan de Los Morros, Venezuela
- Castro, M. (2009) *Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Observatorio de la Salud. Fund. Mex. Salud, Cap.6.
- Garza, I. (2010). *Autocuidados y Atención Primaria del Paciente Diabético* Caracas: Editorial Oasis.



- Geroud, E, y Pérez, M. (2009) *Influencia del Alcohol en el Paciente Diabético*. Revista Candidus. Universidad de Carabobo. Año: 4. Número 15 Diciembre 2005.
- Guerra, P. (2009) *Indicaciones Médicas de la Diabetes Mellitus*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Guzmán, S, (2007). *Complicaciones que surgen en el Diabético*. Caracas. Editorial: Episteme.
- Hernández, R. (2006) *Investigación Científica* Artículo 16. Revista de Salud editada en la Universidad Autónoma de México
- Hernández, R.. (2007). *La Validez y la Confiabilidad en la Investigación Científica*. México: Trillas.
- Jiménez, O. (2009) *Importancia del Cumplimiento de las Indicaciones Médicas en el paciente Diabético*. Madrid: Paidós.
- Matteo, J. (2007). *Complicación y Autocuidado del Paciente Diabético* La salud e la población: hacia una nueva salud pública. México. Ed. FCE, CONACYT,
- Montero, J. (2006) *Alimentación que debe seguir todo paciente diabético*. Revista Salud. Barcelona. España
- Morriet, L. (2007) *La Depresión y sus efectos en el paciente Diabético*. Editorial. Limusa. México.
- Orem, D. (2010) *Teoría del Autocuidado y Normas de Prevención a complicaciones Médicas en el Paciente Diabético*. México: Editorial Síntesis.
- Palmieri, M (2014) *Programa de Intervención Educativa para el control de pacientes Diabéticos*. Revista de Salud de la Universidad Autónoma de



México

- Parra, C. (2005). *Higiene y Normas Sanitarias que debe seguir el Paciente Diabético*. Caracas: Editorial Panapo.
- Pietri, J. (2007). *Actividad Física en el Paciente Diabético: Una norma de autocuidado*. Caracas: Editorial Episteme.
- Puente, D. (2007). *La Actividad Física y sus beneficios en el Diabético*. Revista EDUCERE. Mérida. Venezuela.
- Rivas, A. (2013) *Atención Primaria una medida para el cuidado del paciente Diabético*. Revista de Salud de la Habana Cuba
- Rodríguez, M. (2006). *Influencia del Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus*. Trabajo de Grado de la Universidad Experimental de las Fuerzas Armadas UNEFA Extensión Acarigua.
- Rodríguez, M. (2007) *Plan Comunitario de Asistencia Médica y Social Observatorio de la Salud*. Fund. Mex. Salud, Cap.6.
- Rojas, G. (2014) *El autocuidado como medida preventiva de complicaciones en pacientes Diabéticos*. Revista Informativa de la Universidad Central de Venezuela UCV, Caracas, Venezuela.
- Sánchez, F. y Barrientos, P. (2009). *Plan Informativo basado en el Autocuidado de Pacientes Diabéticos*. Ponencia. Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”.
- Sigala, C. (2009) *La Higiene y el Autocuidado del Paciente Diabético como Principio*. Madrid: Muralla.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2004) *Manual para la Elaboración de Trabajo de Grado Especialización – Postgrado y Tesis Doctorales*. Caracas.



Valbuena, A. (2007) El Autocuidado como Medida Necesaria para mejorar el nivel de vida del Diabético. Caracas: Editorial Texto.

Varela, J. (2009). *Complicaciones Médicas que sufre el Paciente Diabético.*, México: Síntesis.

GESTIÓN SALUD: UNA VÍA SANITARIA PARA EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS



Publicado en Ecuador
Noviembre del 2019

Edición realizada desde el mes de agosto del año 2018 hasta octubre del año 2018, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores



GESTIÓN SALUD: **UNA VÍA SANITARIA PARA** **EL ABORDAJE Y PREVENCIÓN** **PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS**

CAPÍTULO I

**PROGRAMAS DE SALUD Y PROMOCIÓN DE ESTILOS
DE VIDA SALUDABLES**

CAPÍTULO II

**LA DIABETES MELLITUS: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA
NO TRANSMISIBLE**

CAPÍTULO III

**NORMAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIA
BÉTICO**

CAPÍTULO IV

**LA DEPRESIÓN: UN TRASTORNO DEL PACIENTE
DIABÉTICO**

CAPÍTULO V

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EN LA DIABETES

ISBN: 978-9942-787-93-4

