

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Enfermería**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Cuidados Paliativos de enfermería durante el Proceso de Adaptación del
paciente diabético. Riobamba, 2017**

AUTORES:

Laura Inés Cubi Arévalo
Jimena Abigail Paca Paca

TUTORA:

Lic. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo Msc.

RIOBAMBA – ECUADOR

2017

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: ***CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO RIOBAMBA, 2017***. Presentado por: Laura Inés Cubi Arévalo y Jimena Abigail Paca Paca y dirigida por: Cielito Betancourt Jimbo MsC.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH. Para constancia de lo expuesto firman:

PhD. José Ivo Contreras

Presidente del Tribunal



FIRMA

MsC. Mónica Valdiviezo

Miembro del Tribunal



FIRMA

MsC. Verónica Quishpi

Miembro del Tribuna



FIRMA

MsC Cielito Betancourt Jimbo

Tutora



FIRMA

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería, con el tema **“CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO. RIOBAMBA, 2017”** ha sido elaborado por las Srtas. Cubi Arévalo Laura Inés, con CI. 0201576063 y Jimena Abigail Paca Paca, con C.I: 0604149765, el mismo que ha sido asesorado por la Lic. Cielito Betancourt Jimbo MsC; en calidad de tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 08 de agosto del 2017



Lic. Cielito Betancourt Jimbo MsC

1102463138

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Laura Inés Cubi Arévalo y Jimena Abigail Paca Paca, y de la Tutora del Proyecto: Cielito Betancourt Jimbo MsC; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Laura Inés Cubi Arévalo

C.I:0201576063



Jimena Abigail Paca Paca

C.I:0604149765

AGRADECIMIENTO

Agradecemos infinitamente a la Universidad Nacional de Chimborazo y a quienes conforman nuestra carrera de Enfermería; a las docentes por las enseñanzas brindadas durante estos años, guiando a nuestra formación profesional, en especial a nuestra tutora Lic. Cielito Betancourt por el tiempo dedicado; agradecemos además a los diferentes Subcentros de Salud del Distrito Chambo – Riobamba por la apertura brindada y a la PhD. Katuska Figueredo Villa por el apoyo en el desarrollo metodológico de la presente investigación.

Laura y Jimena

DEDICATORIA

A Dios, quien nos dio la sabiduría, la fortaleza, la salud; a nuestra familia; de manera especial a nuestros padres que han sido incondicionales en todo momento, quienes nos inspiran y nos dan la fortaleza para ser mejor cada día y no decaer ante las adversidades, a quienes creyeron en nosotras y supieron apoyarnos de alguna u otra manera y finalmente queremos dedicarnos a nosotras, ya que este reto es el resultado de un gran esfuerzo y dedicación.

Laura y Jimena

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	ii
CERTIFICADO DEL TUTOR	iii
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	6
METODOLOGÍA	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN


El presente estudio, se realizó en los Subcentros de Salud de Yaruquies, Cacha, Guaslán y Calpi, para proponer cuidados paliativos de enfermería de alcance individual y familiar, que contribuyan al proceso de adaptación del paciente diabético, en el período de abril a junio del 2017. Estudio de tipo descriptivo y transversal, la muestra está conformada por 40 pacientes diagnosticados de diabetes. Como herramientas se utilizaron la observación y como instrumentos la revisión de las historias clínicas, la aplicación del cuestionario de calidad de vida y satisfacción Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017 y la entrevista semiestructurada realizada por las autoras, previo al consentimiento informado, se procedió a la tabulación de datos, elaboración de tablas, con sus respectivos análisis y discusión. Con relación a los modos adaptativos afectados descritas por la teorizante de enfermería Callista Roy, relacionado al nivel de adaptación a las limitaciones en una escala de poco el 55,00 %; el modo fisiológico está afectado por el alto consumo de carbohidratos 55,00 % y bebidas gaseosas 52,50 %, la actividad y ejercicio físico, el 30,00 % nunca lo realizan, el modo de autoconcepto, manifiestan cambios en su persona con 37,50 %, con cambios de carácter 45,00 %, relacionados a los estados de ánimo, el modo de interdependencia, el 30,00 % no tiene apoyo familiar, relacionando con un déficit de búsqueda de sistemas de apoyo y el régimen terapéutico; el modo de función de rol, no se vio afectado. Mediante los resultados se determinó la necesidad de diseñar la guía denominada “*Adaptándome a mi enfermedad*”, enfocado a la nutrición, la actividad física, el apoyo emocional y familiar, tomando en cuenta el nivel de instrucción, el lenguaje sencillo y entendible.

Palabras Clave: Cuidados paliativos, Callista Roy, modos adaptativo.

ABSTRACT

The present study was carried out in the Health Sub-centers of Yaruquies, Cacha, Guaslán and Calpi to propose palliative nursing care for individual and family that contribute to the process of adaptation of the diabetic patient, from April to June 2017. A descriptive and cross-sectional study, the sample is made up of forty patients diagnosed with diabetes. The observation was used as tool and as instruments the revision of the medical records, the application of the quality of life and satisfaction questionnaire adapted by K. Figueredo and Cols 2008, 2017 and the semi-structured interview conducted by the authors. Data were tabulated, tables were drawn up with their corresponding analysis and discussion. Regarding the affected adaptive modes described by the nursing theorist Callista Roy related to the level of adaptation to the limitations in a scale of little 55.00%; The physiological mode is affected by the high consumption of carbohydrates 55.00% and soft drinks 52.50%, activity and physical exercise 30.00% they never do it, the mode of self-concept show changes in the person with 37 , 50%, with changes of character 45.00% related to moods, the mode of interdependence 30.00% there is not family support that is related to a lack of search for support systems and the therapeutic regimen. The role function mode was not affected. The results determined the need to design the guide called "Adaping to my disease", focused on nutrition, physical activity, emotional and family support, taking into account the level of instruction, simple and understandable language.

Keywords: Palliative care, Callista Roy, adaptive modes.


Reviewed by: Lara, Adriana
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se han constituido en una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial, debido a la incapacidad, complicaciones y altos costos que conllevan tanto para el paciente, como para su familia y las instituciones de salud, además de provocar deterioro parcial o total de la persona en sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual, que afectan la calidad de vida y el bienestar, requiriendo la aplicación de estrategias de afrontamiento que permitan superar la nueva situación de salud.⁽¹⁾

La Diabetes Mellitus (DM) es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina; se clasifica en tres categorías clínicas: tipo 1, tipo 2 y la gestacional. El paciente requiere adaptarse tanto a la evolución, como a las demandas que esta le plantea en su vida diaria, esto incluye dieta, ejercicio, medicamentos orales o aplicación de insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar y revisión periódica por el equipo de salud; contribuyendo a disminuir las complicaciones.⁽²⁾

La adaptación es un proceso y un resultado que marca la pauta para una transformación, ajuste, conformación o equilibrio; en el caso de una enfermedad crónica, se origina a partir de que la persona es diagnosticada y tiene que afrontar las alteraciones que se presentan. Callista Roy en su modelo de Adaptación, describe a los individuos como sistemas adaptativos holísticos, que reciben estímulos del medioambiente, los cuales procesan por mecanismos de afrontamiento y dan como resultado respuestas fisiológicas, psicosociales y sociales.⁽³⁾ Para Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar al ser humano a adaptarse a los cambios en sus necesidades fisiológicas, en los cambios del rol y sus relaciones de interdependientes durante la salud y la enfermedad. La enfermera cumple un papel único como facilitadora de la

adaptación, valorando la conducta en cada uno de los modos adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos influyentes.⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el 2014 una prevalencia de 422 millones de diabéticos en todo el mundo, cifra que se estima sobrepase los 592 millones para el 2030 y representa ya la cuarta causa de muerte en el mundo. La prevalencia en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014, ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. Se estima que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a complicaciones cardiovasculares.⁽⁵⁾

Según la Federación Internacional de Diabetes (FDI), en el 2015 hubo 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial, incluyendo 193 millones que aún no están diagnosticados. Además se considera que existen 318 millones de adultos con alteración en la tolerancia a la glucosa, los mismos que presentan un alto riesgo de desarrollar diabetes en los próximos años. De esta manera se estima que para el año 2040 existirán en el mundo 642 millones de personas viviendo con esta enfermedad.⁽⁶⁾

En el Ecuador, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose además como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población masculina. La diabetes mellitus junto con las enfermedades isquémicas del corazón, dislipidemias y la enfermedad cerebro vascular, aportan la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas. En el país, la población, el 12.3 % para adultos mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años, reportando tasas marcadamente más elevadas en las provincias de la Costa y la zona Insular. La FDI, reporta que en el Ecuador la prevalencia de la enfermedad en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 %.⁽⁷⁾

En la Provincia de Chimborazo, según datos de la Dirección Nacional de Estadísticas y análisis de información de salud (DNEAIS) 2015, la DM ocupó el segundo lugar de mortalidad, con 86 personas lo que equivale a un 3.93 %. En el Distrito de Salud Chambo – Riobamba con 64 personas lo que equivale a un 4.83%.⁽⁷⁾ De los datos recolectados de las Historias Clínicas de los diferentes subcentros de salud pertenecientes al Distrito 06D01, teniendo como resultado 40 pacientes diabéticos diagnosticados, de las parroquias de Yaruquies, Cacha, Calpi, Guaslán, clasificando por ciclo de vida, según el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI), se encuentra con una población de 19 adultos y 21 adultos/as mayores.

Los cuidados paliativos (CP) se enfocan en mejorar la calidad de vida del paciente con patologías crónicas, donde no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades, es primordial que los profesionales de salud, lleven a cabo un ejercicio holístico, basado en el conocimiento científico y humanístico, con argumentación válida para aportar al trabajo interdisciplinario requerido, con el fin de mejorar el cuidado y su condición de vida.⁽⁸⁾ en el mundo, se estima que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; tan solo un 14 % de las personas la reciben, el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano.⁽⁹⁾ En Ecuador, los CP todavía no se conocen de forma masiva. Hay esfuerzos locales, que no están enlazados en programas o redes de servicios nacionales, se emitió un acuerdo ministerial en el que se reconoce su importancia y se propuso la creación de unidades específicas en todos los centros públicos.⁽¹⁰⁾

La importancia de este estudio de investigación es brindar cuidados paliativos de enfermería, durante el proceso de adaptación del paciente diabético, que incluye, el modo fisiológico: la alimentación, oxigenación, eliminación, actividad y reposo; de autoconcepto, de función de rol y de interdependencia, se tomó como referencia el modelo propuesto por Sor Callista Roy, que se basa en ayudar al paciente a recibir cuidados, enfrentar los cambios y a ser una persona íntegra dentro de las influencias

que la rodean, mediante los modos adaptativos afectados se diseña una propuesta, contribuyendo a la adaptación del paciente a su enfermedad.

La investigación fue posible realizar, pues existió la autorización del Distrito Chambo – Riobamba, la aprobación del proyecto en la Unidad de Docencia e Investigación, la predisposición a colaborar por parte de los pacientes, el personal de salud de los subcentros de salud de Yaruquies, Cacha, Guaslán y Calpi, además se cuenta con los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios.

Los beneficiarios de esta investigación son los pacientes y sus familiares así como estudiantes y profesionales de enfermería ya que esta investigación servirá como base y sustentación para investigaciones futuras.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Proponer Cuidados Paliativos de enfermería de alcance individual y familiar, que contribuyan al proceso de adaptación del paciente diabético a su enfermedad, atendidos en subcentros de la ciudad de Riobamba, en el período abril a junio de 2017.

Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos.
- Identificar en la muestra los modos adaptativos afectados en los pacientes diabéticos.
- Diseñar una propuesta de alcance individual y familiar atendiendo a los resultados de los modos adaptativos afectados en los pacientes diabéticos.

MARCO TEÓRICO

La OMS define a los CP como: «El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la promoción del bienestar, prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, la impecable evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»; considerando que el equipo socio sanitario debe aproximarse con el objetivo de responder a sus necesidades, teniendo en cuenta que cada paciente tiene su propia historia, relaciones, cultura, cosmovisión y merece respeto como un individuo único; este respeto incluye el dar el mejor cuidado posible y hacer que los avances en salud estén completamente disponibles para que tengan las mejores oportunidades para pasar su vida lo mejor posible.⁽¹¹⁾

Las bases terapéuticas de los CP son: Atención integral e individualizada, realizando una evaluación multidimensional: valoración de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, la unidad de tratamiento está conformada por el paciente y su familia o entorno significativo, y el núcleo fundamental de apoyo reside tanto en el domicilio como en el hospital; la familia necesita acompañamiento específico y educación para el cuidado, la toma de decisiones está basada en la autonomía y la dignidad del paciente. Actitud terapéutica activa, readecuando los objetivos terapéuticos con el transcurso de la enfermedad, con actitud esperanzadora. El fomento del respeto, el confort y la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de salud.⁽¹²⁾

Las áreas de atención de los cuidados paliativos son: Cuidado total: considerando al enfermo de manera integral en el plano biopsicosocial (físico, psicológico, social y espiritual). Control de síntomas: brindando alivio al dolor físico-psíquico y a otros

malestares propios del estado terminal con la intención de buscar una mejor calidad de vida, (dolor, náusea, vómito, disnea, estreñimiento, pérdida de apetito insomnio). Apoyo emocional: ofreciendo herramientas para detectar y afrontar las causas del sufrimiento (abandono, disminución de la autoestima, autonomía: para tomar sus propias decisiones y asegurar de que se respeten; temores, miedos, síntomas no tratados, etc.) en el individuo y su familia, lograr en el paciente, si su estado mental lo permite, autonomía en el manejo de su condición. Información adecuada y oportuna: conocer su diagnóstico, recibir explicación de los síntomas y del tratamiento. ⁽¹³⁾

Compromiso y apoyo en los aspectos sociales, familiares, espirituales: se reconoce al paciente y a la familia como la unidad de cuidado; el apoyo espiritual se ofrece siempre en un contexto de respeto, de acuerdo con los antecedentes culturales y religiosos del paciente y su familia, que se extiende hasta el duelo. Además, se debe involucrar a la comunidad y otros grupos de la sociedad, como fuente de recursos y soluciones. Manejo del estrés y autocuidado del personal que provee los cuidados paliativos: el personal de salud tiene que saber cuidar de sí mismo, conociendo sus posibilidades y limitaciones, entendiendo sus propias posturas emocionales, intelectuales y socioculturales. ⁽¹⁴⁾

El modelo de Adaptación de Callista Roy lo desarrollo cuando trabajaba como enfermera en el área de pediatría, observó la gran capacidad que tenían los niños para recuperarse de grandes cambios físicos y psicológicos. En 1964-1966 comenzó a trabajar en el concepto básico de su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson. En 1968 puso en marcha su modelo y lo presento por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook, titulado “Adaptation: A Conceptual Framework fot Nursing”. ⁽¹⁵⁾

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles California. En 1963 obtuvo su título de enfermera en el Mount Saint Mary's Collage en Los Ángeles, a los tres años se graduó como Magister en Enfermería de la Universidad de California.

Cuando se graduó, empezó a estudiar sociología y en esta área recibió una maestría y un doctorado en 1977 de la Universidad de California.⁽¹⁶⁾

El proceso de afrontamiento y adaptación, teorizado por Callista Roy, determina que los seres humanos son seres adaptativos con capacidad para adaptarse y crear cambios, cuyas respuestas están dadas en función de los estímulos entrantes y del nivel de adaptación de la persona ya que es un punto cambiante que refleja la habilidad de la persona para responder positivamente a los cambios del medioambiente.⁽¹⁷⁾

Roy define a los estímulos, como todo aquello que provoca una respuesta; es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente. Estímulo focal: es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano. Estímulo residual: son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento. Estímulo contextual: son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.⁽¹⁸⁾ Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo, permitiendo al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.⁽¹⁹⁾

Roy describe el nivel de adaptación, representando a la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: Nivel de adaptación integrado: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. Nivel de adaptación compensatorio: los mecanismos reguladores y cognitivos se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Nivel de adaptación comprometido: Se presenta cuando las respuestas de los

mecanismos mencionados son inadecuados y por lo tanto, resulta un problema de adaptación.⁽²⁰⁾

El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.⁽²⁰⁾ El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso. El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar.⁽²¹⁾

Modos de adaptación descritas por Callista Roy, incluye el modo adaptativo fisiológico: se asocia con la manera en que responden las personas como seres físicos a los estímulos del entorno. En este, modo adaptativo se distinguen 5 necesidades básicas para la integridad fisiológica incluye: nutrición, eliminación, oxigenación, actividad, reposo y protección; el autoconcepto: se define como el grupo de creencias y sentimientos que tiene una persona sobre sí mismo, se centra en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona, abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la auto ideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación). Los componentes son: el yo físico, que implica sensaciones y una imagen del propio cuerpo, el yo personal, constituido por la coherencia con uno mismo, los ideales, expectativas y la identidad moral, ética y espiritual.⁽²²⁾ El modo de función del rol: implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Se clasifica como: Primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer),

terciario (rol temporal de un particular). De interdependencia: implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.⁽²³⁾

Además Callista Roy en su teoría contempla los siguientes metaparadigmas: Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona íntegra y completo, es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. Ambiente: condiciones, circunstancias y las influencias que rodean y afectan el desarrollo y comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos.⁽²⁴⁾ Persona: Son sistemas holísticos y adaptativo, como en cualquier sistema, el individuo experimenta un proceso interno de adaptación para mantener su integridad. Adaptación: Roy define como el proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración de un ser humano con su entorno, Enfermería: la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y de mejora la transformación del entorno. Roy identifica las actividades de la enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influye en la adaptación.⁽²⁵⁾

La aparición de la DM es una situación nueva e inesperada, conlleva la carga emocional de una enfermedad crónica; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad.⁽²⁶⁾

Elizabeth Kepler – Ross ha identificado las 5 etapas de ajuste a medida que aprenda a aceptar la enfermedad crónica (Diabetes), este proceso de afrontamiento es similar a la del duelo, porque la enfermedad provoca la pérdida de nuestra salud, se compone de cinco fases: Negación: Incredulidad por lo que está pasando, caracterizado por la

búsqueda de otros profesionales que confirmen que el diagnóstico dado no es cierto. Rebeldía: Muestra la rabia y el inconformismo ante lo que está pasando. Tristeza/depresión: La persona se centra en todo lo que se ha perdido por culpa de la enfermedad. Negociación: empieza a aceptar, aunque se establecen condiciones por parte del enfermo para el control de la enfermedad. Adaptación: El paciente y la familia empieza a darse cuenta de que con la enfermedad se puede vivir plenamente.⁽²⁷⁾

La DM es un trastorno endocrino - metabólico de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas caracterizados por hiperglucemia crónica, resulta de la coexistencia de defectos multiorgánicos que incluyen insulinoresistencia en el músculo y tejido adiposo, sumado a un progresivo deterioro de la función y la masa de células beta pancreáticas, secreción inadecuada de glucagón y el aumento de la producción hepática de glucosa.⁽²⁸⁾ Según la causa de la DM es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes. Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1): Se presenta por la destrucción de las células beta (β) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Diabetes mellitus tipo 2 (DM-2): Producido por un déficit progresivo de secreción de insulina sobre la base de una insulinoresistencia.⁽²⁹⁾ Diabetes mellitus gestacional (DM-G): Se produce debido a que la acción de la insulina es bloqueada, por las hormonas producidas por la placenta, provocando resistencia a la insulina.⁽⁶⁾

Los factores de riesgo, están asociados a combinaciones de factores genéticos, ambientales y conductuales, factores de riesgo no modificables: edad, etnia, género femenino, antecedentes de DM en primer grado y Diabetes Gestacional, Síndrome de ovario poliquístico, factores de riesgo modificables: sobrepeso, obesidad abdominal, sedentarismo, tabaquismo y patrones dietéticos.⁽³⁰⁾

Las manifestaciones clínicas son signos y síntomas físicos y psicológicos como: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, fatiga, cambios en la agudeza visual,

cambios en la piel, problemas en los nervios, dolor abdominal, náuseas, vómitos, debilidad, cambios bruscos en el humor, enojo inesperado, baja autoestima, sentimientos de culpa.⁽³¹⁾

Los medios de diagnóstico tenemos: Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas). Prueba de Tolerancia a la glucosa a las 2 horas ≥ 200 mg/dL, debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua. Hemoglobina glicosilada (A1C) ≥ 6.5 %; esta prueba debe realizarse en laboratorios certificado, tomando en cuenta síntomas clásicos de hiperglucemia con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL.⁽³²⁾

Las complicaciones pueden ser microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves). Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardiacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.⁽³³⁾

El tratamiento incluye el no farmacológico: cambio en el estilo de vida; asesoramiento nutricional, las modificaciones en la alimentación, ejercicio y las terapias conductuales son eficaces en la disminución del peso y control glucémico de la DM; la actividad física, la realización de ejercicio físico de forma regular reduce el riesgo de enfermedad coronaria y vascular cerebral, y farmacológico: hipoglucemiantes orales (metformina, glibenclamida), el estricto control de la glucemia, se asocia con reducción en la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares.⁽³⁴⁾

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de proponer cuidados paliativos de enfermería de alcance individual y familiar, que contribuyan al proceso de adaptación del paciente a su enfermedad, en lo relativo a los modos adaptativos descritos por Callista Roy: “fisiológica”, “ auto-concepto”, “ función de rol” y de “interdependencia”, presentes en los pacientes diabéticos que son atendidos en los Subcentros de Salud de “Calpi”, “Guaslan”, “Yaruquies” y “Cacha” de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017.

La población de estudio quedó conformada por 157 pacientes con diagnóstico de ECNT que son atendidos en los Subcentros de Salud donde se desarrolló la investigación y que estuvieron de acuerdo en participar, para la cual se aplicó el consentimiento informado, (Anexo 1); de los cuales, mediante un muestreo no probabilístico de tipo “intencional o de conveniencia”, se seleccionaron aquellos adultos y adultos mayores con diagnóstico de DM con un número de 40 pacientes, que estén de acuerdo en participar en la investigación, con edades iguales o superiores a los 20 años, con óptimo estado de salud mental, que residan de forma permanente en el área de influencia en el período de estudio y que se encuentren en su domicilio en el momento en el que se aplicará el instrumento.

Se utilizarán métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnicas para la recolección de los datos se emplearán la encuesta (Anexo 2) y la entrevista semiestructurada (Anexo3).

Los instrumentos a emplear serán la entrevista semiestructurada, lo que permitió determinar los principales modos adaptativos afectados en los pacientes diabéticos, y un cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, tomado de Peña Coba y col, adaptada por Figueredo 2008 – 2017 ⁽³⁵⁾, al que se le realizarán adecuaciones mínimas para su aplicación al contexto cultural

ecuatoriano. Este instrumento permitió determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de la muestra de estudio, se tomó de las dimensiones básicas de calidad de vida la pregunta 1, 2 y 4, necesarias para poder identificar los modos adaptativos afectados.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas. Estos serán recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, lo que permitió facilitar su procesamiento; que contribuyó a la interpretación cualitativa de los mismos.

Los investigadores respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtendrán las respectivas autorizaciones de los representantes de las instituciones de Salud en el contexto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta investigación participaron 40 pacientes, con Diabetes Mellitus Tipo II, de los Subcentros de Salud de “Yaruquies”, “Cacha”, “Guaslán” y “Calpi”.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Categoría	No	%	
Género	Femenino	27	67,50
	Masculino	13	32,50
	Total	40	100,00
Edad	40-64	19	47,50
	65 más	21	52,50
	Total	40	100,00
Instrucción	Básica	30	75,00
	Bachiller	4	10,00
	Tercer nivel	1	2,50
	Ninguno	5	12,50
	Total	40	100,00
Profesión u oficio	Ama de casa	21	52,50
	Agricultor	8	20,0
	Comerciante	3	7,50
	Profesor	1	2,50
	Carpintero	2	5,00
	Chofer	5	12,50
	Total	40	100,00

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción (ECVS-P), aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud.

Análisis: De la población total, encontramos que el 67,50 % predomina al género femenino; con relación al grupo etario el 52,50 % son adultos mayores más de 65 años, considerando a la edad como factor predisponente directo para la presencia de la patología; en el 52,50 % son ama de casa ya que culturalmente la mujer tiene un papel muy importante, al ser la base de la familia para cuidar orientar administrar, dejando en segundo lugar su bienestar.

Tabla 2. Características clínicas

Comorbilidad	SI		NO		Total	
	No	%	No	%	No	%
DM + Hipertensión	16	40,00	24	60,00	40	100,00
DM + Sobrepeso	12	30,00	28	70,00	40	100,00
Consecuencias	SI		NO		Total	
	No	%	No	%	No	%
Disminución de la agudeza visual	6	15,00	34	85,00	40	100,00
Cataratas	2	5,00	38	95,00	40	100,00
Retinopatía	2	5,00	38	95,00	40	100,00
Hipoacusia	5	12,50	35	87,50	40	100,00
Neuropatía	3	7,50	37	92,50	40	100,00
IRC	1	2,50	39	97,50	40	100,00

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción (ECVS-P), aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud.

Análisis: El 100 % de la población padece Diabetes Mellitus Tipo II, de los cuales el 40,00 % presentan hipertensión arterial y en un 30,00 % sobrepeso, constituyendo la comorbilidad como factor de riesgo importante para la aparición de enfermedades cardiovasculares; presenta complicaciones más frecuentes entre ellas el 15,00 % con la disminución de la agudeza visual, seguido del 12,50 % de hipoacusia.

Tabla 3. Adaptación a las limitaciones por la enfermedad

Adaptación	No	%
Bastante	3	7,50
Medio	14	35,00
Poco	22	55,00
Nada	1	2,50
Total	40	100,00

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción (ECVS-P), aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud.

Análisis: De la población total, el 55,00 % se encuentra en una escala de medio, seguido del 35,00 % de poco, con estos resultados podemos determinar que los pacientes diabéticos se ven afectados y requiere la aplicación de estrategias de afrontamiento, tomando en cuenta los modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función de rol, siendo un elemento principal, en el proceso de la enfermedad, lo cual repercute de forma positiva en los pacientes y sus familiares

Tabla 4. Frecuencia del consumo de alimentos.

Alimento	Todos los días		Algunos días		Casi Nunca		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Verduras	9	22,50	17	42,50	14	35,00	40	100,00
Frutas	10	25,00	12	30,00	18	45,00	40	100,00
Carbohidratos	22	55,00	16	40,00	2	5,00	40	100,00
Grasas	16	40,00	19	47,50	5	12,50	40	100,00
Jugos artificiales / Gaseosa	15	37,50	21	52,50	4	10,00	40	100,00
Agua	10	25,00	13	32,50	17	42,50	40	100,00

Fuente: entrevista semiestructurada, aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud

Análisis: Con relación a la frecuencia del consumo de alimentos: predomina con el 55,00 % consumo de carbohidratos todos los días, el 52,50 % consumo de jugos artificiales y gaseosas algunos días; estos predisponen a complicaciones cardiovasculares, aumento de peso, aumento de colesterol, triglicéridos y por tanto presencia de complicaciones

Tabla 5. Consumo de hábitos tóxicos con relación al género.

Hábito	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Tabaco	2	5,00	4	10,00	6	15,00
Alcohol	-	-	2	5,00	2	5,00
Café	9	22,50	3	7,50	12	30,00
Ninguno	12	30,00	8	20,00	20	50,00
Total	23	57,50	17	42,50	40	100,00

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción (ECVS-P), aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud.

Análisis: De acuerdo con los datos obtenidos del 100 % de la población, el 30,00 % consumen café, predominando con el 22,50 % en el género femenino; relacionando a la frecuencia del consumo, se encontró el consumo de 2 a 3 tazas en un 58,34 %, (Anexo 4, tabla 1), por lo tanto, dentro del proceso de adaptación fisiológica podemos determinar que si influye, pudiendo causar problemas cardiovasculares.

Tabla 6. Actividad física con relación al tiempo

Actividad	Tiempo								Total	
	10 a 30 minutos		30 a 60 minutos		Más de 1 hora		Nada			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Siempre	1	2,50	5	12,50	1	2,50	-	-	7	17,50
A veces	17	42,50	3	7,50	1	2,50	-	-	21	52,50
Nunca	-	-	-	-	-	-	12	30,00	12	30,00
Total	18	45,00	8	20,00	2	5,00	12	30,00	40	100,00

Fuente: entrevista semiestructurada, aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud

Análisis: Según los datos obtenidos, el 52,50 % si realiza algún tipo de ejercicio con una frecuencia de a veces, durante un tiempo de diez a treinta minutos y un 30,00 % no realiza ningún tipo de ejercicio. Esto muestra que nuestra población no tiene una idea clara respecto a los beneficios de la actividad física como práctica diaria con ritmo, frecuencia moderada y duración de 30 a 60 minutos todos los días.

Tabla 7. Cambios en la persona por la enfermedad, con relación al carácter

Enfermedad			Carácter	
Categoría	No	%	No	%
Bastante	12	30,00	13	32,50
Medio	15	37,50	18	45,00
Poco	12	30,00	6	15,00
Nada	1	2,50	3	7,50
Total	40	100,00	40	100,00

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida y satisfacción (ECVS-P), aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud.

Análisis: Del 100 % de la población, de acuerdo a los cambios que ha provocado en su persona, encontrando con 37,50 % en un rango de medio, relacionando al cambio de carácter que ha provocado en su persona, se encontró con 45,00 % con un rango de medio y 32,50 % bastante, e incluyendo los estados de ánimo que presentan los pacientes, el 32,50 % tristeza, el 27,50 % miedo y 17,50 % culpa, (Anexo 4, tabla 2), siendo factores influyen en el autoconcepto de la persona y el yo físico de la persona.

Tabla 8. Apoyo de la familia, con relación a los controles médicos.

Apoyo de la familia			Controles	
Categoría	No	%	No	%
Siempre	8	20,00	10	25,00
A veces	20	50,00	24	60,00
Nunca	12	30,00	6	15,00
Total	40	100,00	40	100,00

Fuente: entrevista semiestructurada, aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud

Análisis: De los datos obtenidos del 100 % de la población, el apoyo de la familia lo recibe en un 50,00 % a veces y el 30,00 % nunca; teniendo en cuenta que siempre deberían recibir, siendo un estímulo negativo que no favorece al proceso de la adaptación; con relación a la asisten a controles médicos el 60,00 % asiste a veces, siendo fundamental la adquisición de conocimientos para tener la capacidad de adaptarse, autocuidarse y la importancia a la realización de controles, de forma mensual, para el control de peso, Presión Arterial y los niveles de Glucosa y así evitar complicaciones.

Tabla 9. Toma la medicación, con relación a cuando lo toma.

Medicación	Cuando										Total	
	En la mañana		Al medio día		Tarde		Cuando me acuerdo		Nunca			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Siempre	15	37,50	2	5,00	3	7,50	-	-	-	-	20	50,00
A veces	2	5,00	4	10,00	3	7,50	9	22,50	-	-	18	45,00
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,00	2	5,00
Total	17	42,50	6	15,00	6	15,00	9	22,50	2	5,00	40	100,00

Fuente: entrevista semiestructurada, aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud

Análisis: De acuerdo con los datos obtenidos, el 45,00 % toma la medicación a veces y cuando se acuerda el 22,50 %; La diabetes de una persona puede descontrolarse si no toma la medicación (insulina o hipoglucemiantes) a la hora indicada, la alimentación y la cantidad de ejercicio. Los tres deben funcionar de manera sincronizada, cuando esto no se cumple los niveles de azúcar en sangre no están bajo control, pueden desencadenar problemas de salud como la hipoglucemia, la hiperglucemia o la cetoacidosis diabética, llegando a dañar los vasos que proveen de sangre a varios órganos vitales, como el corazón, los riñones, los ojos y los nervios.

Tabla 10. Ayuda del equipo de salud para adaptarse a su enfermedad

Categoría	Ayudarle a sentirse mejor	
	No	%
Realizando visitas	17	42,50
Impartiendo información	22	55,00
Entregando medicación	1	2,50
Total	40	100,00

Fuente: entrevista semiestructurada, aplicado a los pacientes de los Subcentros de salud

Análisis: De los datos obtenidos, manifiestan que el equipo que le atiende le puede ayudar adaptarse a su enfermedad, con el 55,00% refieren impartiendo información sobre la enfermedad, el cuidado en la alimentación, medicación y complicaciones, el 42,50 % realizando visitas domiciliarias, que se tomó como indicador para la propuesta establecida.

Discusión:

La OMS, considera a la DM, como una enfermedad crónica, degenerativa, de interés en salud pública, que genera un gran impacto para el sistema de salud, debido a la demanda de servicios y a su alta repercusión en la calidad de vida de quien la presenta; por ello, esta investigación, mira la importancia de Cuidados Paliativos de enfermería durante el proceso de adaptación.

Con referencia a las características sociodemográficas; un estudio descriptivo, realizado en Cuba, por Katia de la Paz Castillo y Leydis Proenza, titulado: Factores de Riesgo en adultos mayores con Diabetes Mellitus, el género femenino con 64,00 %, similar al presente estudio realizado, con 67,50 %, demográficamente se considera que a partir de los 50 años sufren cambios hormonales, que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos.⁽³⁶⁾ En otro estudio realizado en la ciudad de Maringá, Panamá por Idalina Carolino y Carlos Alexandre Molena titulado: Factores de Riesgo en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, con relación a la edad comprometida, en adultos mayores con 58,18 %; coincidiendo con el presente estudio a los adultos mayores más de 65 años con 52,50 %; debido a que la mayor prevalencia ocurre a los 60 años, considerando a la edad como factor predisponente directo para la presencia de la patología.⁽³⁷⁾ Un estudio realizado en Brasil, por Denise Vieira y Kathy Hegadoren, titulado: La perspectiva de ama de casa brasileña sobre la vida con diabetes, determina que la mayoría son ama de casa con 53,80 %; similar al presente estudio con 52,50 %; porque siempre colocan las necesidades de la familia en primer lugar aún el de sus propias necesidades de salud, sometiendo a mayor estrés y preocupación porque desconocen la alimentación balanceada, nutritiva y la importancia de realizar actividad física, evitando el sedentarismo, con llevando al sobrepeso.⁽³⁸⁾

En cuanto a la características clínicas; un estudio descriptivo realizado en Brasil por Liudmila Otero y María Zanetti, titulado: Características clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud, existe un aumento significativo de Diabetes Mellitus Tipo II con el 96,30 %, la hipertensión arterial con 51,10 %, el

sobrepeso 44,00 %; coincidiendo con este estudio de diabéticos tipo II el 100,00 %, la hipertensión arterial 40,00 %, el sobrepeso 30,00 %; constituyendo un factor de riesgo importante para la aparición de enfermedades cardiovasculares y complicaciones microvasculares, tales como retinopatías y neuropatías.⁽³⁹⁾ La diabetes es una entidad patológica con múltiples consecuencias; una investigación realizada en México por Hernández Patricia y Quintero Gladys, titulado: Alteraciones oculares en Diabetes, teniendo como resultado a la disminución visual con el 25,00 %, en este estudio realizado, la disminución de la agudeza visual con 15,00 % de la población; muchas de las alteraciones oculares son ocasionadas por los cambios bioquímicos, ya que se presentan problemas visuales y retinopatía, generando ceguera por alteraciones en retina lo que ocasiona discapacidad en los pacientes.⁽⁴⁰⁾ Una investigación realizada en Chile, por Cesar Imarai y Karina Aracena, titulado: Relación entre hipoacusia y Diabetes Mellitus Tipo II, presentan hipoacusia en el 35 % de los diabéticos con < de 10 años de evolución y en el 60 % de aquellos con \geq 10 años de evolución, en este estudio realizado con menor prevalencia de hipoacusia con 12,50 %, llegando a causar daños a nervios y vasos del oído interno, que podrían llevar a una degeneración neuronal del aparato auditivo.⁽⁴¹⁾ Con un alto porcentaje de consecuencias, sugiere una respuesta orgánica indicativa de un control metabólico deficiente, lo que refleja cierto nivel de desadaptación, que deben prevenirse con intervenciones adecuadas entre ellas está el plan terapéutico.

Mediante el proceso de afrontamiento y adaptación descrito por Callista Roy, asociado a modos adaptativos afectados. Tomando como referencia la P4 del cuestionario de calidad de vida y satisfacción sobre (Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad) el 55,00 %, de la población tiene un nivel de adaptación de medio, hemos tomado como referencia, para poder describir los modos afectados, como es el modo fisiológico, los cambios más resaltantes están relacionados a la nutrición, no se encontró un estudio similar, pero en una investigación realizada en Colombia, integraron tres marcadores bioquímicos (HbA1c, colesterol total, triglicéridos), peso y talla, de los cuales se obtuvo una sola cifra. Los resultados de

cada marcador se categorizaron de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, de la siguiente forma: valor bueno = 1, valor regular = 2 y valor malo = 3 Por cada año de diagnóstico de DMT2 la adaptación fisiológica disminuye, observada a través de los indicadores de IMC, HbA1c, colesterol y triglicéridos.⁽⁴²⁾El presente estudio, con relación a la nutrición, el consumo de carbohidratos todos los días con 55,00 %, que por su alto valor energético y su contenido en fibra, debe ser su consumo moderado, individualizarse en función de las comorbilidades asociadas, su entorno socio-cultural; también se evidenció el consumo de jugos artificiales y gaseosas algunos días con 52,50 %, esto favorece al aumento de peso. Otro patrón alterado es la actividad física, el 52,50 % lo realiza con una frecuencia de a veces, durante un tiempo de 10 a 30 minutos, el 30,00 % no realiza ningún tipo de ejercicio, esto muestra que la población no tiene una idea clara de los beneficios de la actividad física como práctica diaria, ritmo, frecuencia moderada; de acuerdo con la OMS el 55,2 % de los adultos reportan niveles medianos o altos de actividad física, mientras 30 % tienen niveles bajos y casi 15 % son inactivos, recomienda realizar algún tipo de actividad de 30 a 60 minutos todos los días, reduce las enfermedades cardiovasculares, ayuda a la función del sistema nervioso central, pérdida de peso y una sensación de bienestar general.⁽⁴³⁾

Dentro del modo de autoconcepto, un estudio realizado en México se encontró que el 14,24 % se detecta en un nivel bajo de autoconcepto, en esta investigación se tomó como referencia del cuestionario de escala de Calidad de vida y satisfacción en pacientes con ECNT, la P1 (Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona), donde encontramos una población de bastante con 32,50 % y la P2 (ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad), medio con 45,00 %; que incluye el estado de ánimo, la personalidad y determinando que tiene tristeza el 32,50 % y miedo 27,50 %, siendo estos estímulos negativos, que puede conllevar al paciente a grados de depresión y ansiedad, por esta razón el paciente debe contar con apoyo para poder enfrentar de la mejor manera los cambios que esta enfermedad va a producir en su vida.

En el modo de Interdependencia, la primera red de apoyo que necesita es la familia; un estudio realizado en Quetzaltenango, el 74,8% expresó que su familia los apoya siempre, el 18,4% sentía que esto sucedía sólo a veces y el 6,8% consideró que nunca era apoyado. Un estudio realizado en Uruguay, el 56% de los encuestados relata presentar buena adherencia al tratamiento farmacológico. Casi el 80% refiere no olvidarse de tomar la medicación y un porcentaje aún más alto los toma a las horas indicadas. (88%) Teniendo como resultado de esta población, el apoyo de la familia a veces con el 50,00 % y nunca el 30,00 %, por tal razón asisten a controles médicos mensuales a veces el 60,00 %; tomando la medicación a veces 45,00 %, en la mañana el 37,50 %, donde cabe mencionar que el apoyo familiar particularmente es importante en el paciente diabético no solo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario de tratamiento, refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y complicaciones.

El modo de función de rol, no se vio afectado ya que el 87,50 % si tiene la capacidad para seguir desempeñando su rol. (Anexo 4, Tabla 3)

CONCLUSIONES

- Entre las variables sociodemográficas y clínicas, se observó predominio al género femenino, adultos mayores de 65 años, se refleja en las personas que son ama de casa, de instrucción básica; tienen una comorbilidad asociada a hipertensión arterial y el sobrepeso, entre las consecuencias encontramos la disminución de la agudeza visual y la hipoacusia.
- Una vez aplicado el cuestionario de calidad de vida y satisfacción, más la entrevista semiestructurada con respecto a la adaptación a las limitaciones por la enfermedad, manifiestan en un nivel de poco, teniendo en cuenta los modos adaptativos, al modo fisiológico: con relación a la nutrición, el consumo alto de carbohidratos, bebidas gaseosas y el consumo de café; la actividad física: se encontró en una determinada población que si lo realiza con una frecuencia de a veces, y un porcentaje considerable no realiza ningún tipo de actividad. El modo de autoconcepto se encuentra alterado ya que los pacientes manifiestan cambios en su persona en un nivel de medio, relacionado con cambios de carácter y los estados de ánimo de tristeza y miedo. El modo de interdependencia a veces tiene apoyo de la familia, relacionando con un déficit de búsqueda de sistemas de apoyo y falta adherencia al tratamiento farmacológico. El modo de función de rol no se vio afectado, la enfermedad no fue un factor para poder desempeñar sus actividades diarias.
- Mediante los resultados obtenidos, se diseñó una guía de "Adaptándome a mi enfermedad", para adultos y adultos mayores con Diabetes Tipo 2, tomando en cuenta el nivel de instrucción y al lenguaje entendible; enfocado a los modos adaptativos alterados, con la finalidad que se instruyan y que cumplan con los cuidados necesarios que requiere la enfermedad, para así adaptarse a su enfermedad.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud, que realicen acciones de educación para la salud, mediante la promoción y prevención de las complicaciones, mediante el desarrollo de programas de capacitación, sobre nutrición y el tratamiento farmacológico, con enfoque paliativo, que los pacientes puedan utilizar técnicas, como calendarios recordatorios de la toma, el uso de tarjetas de control, la utilización de alarmas y relojes, para así ayudar a la adaptación a su estado de salud y evitar complicaciones.
- Durante el proceso de la enfermedad, es necesario recibir apoyo de la familia, del personal de salud, por eso es importante realizar acciones dirigidas a los pacientes y familiares que se hagan participes del tratamiento y sientan apoyo frente a los diferentes procesos, con el fin de que el paciente se sienta capaz de sobrellevar la enfermedad.
- Se recomienda la reintegración del club de Diabéticos, de los diferentes Subcentros de Salud, enfocado a que mantengan relaciones sociales y la importancia de la actividad ejercicio, también ayudando al paciente a que se interrelacionen, compartan sus experiencias, sentimientos y emociones, para de esta manera disminuir el nivel de estrés, y que el paciente se adapte a su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marta Castiglione, Las enfermedades crónicas no transmisibles, New York/Estados Unidos, Scielo [internet] 2014 Jul. [Citado 20 Jun 2017], 15 (2), Disponible en:
<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/88358/91234>
2. Fèlix Sanamè y María Pèrez, Diabetes mellitus tipo 2, Cuernavaca/México, Scielo [internet] 2016 Mar. [Citado 21 Jun 2017], 20 (1), Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009
3. Margarita Lazcano y Bertha Salazar, Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy, Chiguagua/México, Aquichan [internet] 2014 Ene. [Citado 21 Jun 2017], 15 (2), Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1522/1968>
4. María Moreno y Alejandra Alvarado, Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura, Bogotá/Colombia, Scielo [internet] 2013 Jun. [Citado 21 Jun 2017], 9 (1), Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100006
5. Organización mundial de la salud, Informe mundial sobre la diabetes, [Sede web], Ginebra, OMS, 2016, [Citado 25 Jun 2017], Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
6. Federación Internacional de Diabetes, Día mundial de la diabetes, [Sede web], Brussels/Belgium, FID, 2014, [Citado 25 Jun 2017], Disponible en:
<http://www.aditoledo.es/DMD2014/Documentos/guia.pdf>
7. Ministerio de Salud Pública y la Dirección Nacional de Estadísticas y análisis de información de salud, Defunciones y perfil de mortalidad del Sistema Nacional de Salud, [Sede web], Quito/Ecuador, MSP y DNEAIS, 2016, [Citado 25 Jun 2017], Disponible en:
[https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historial?publish=yes,](https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historial?publish=yes)

8. Danielle Takauti y Elma Campos, Los cuidados paliativos y la atención primaria de salud, São Paulo/Brasil, Scielo [internet] 2015 Dic. [Citado 20 Jun 2017], 76 (3), Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000300593&script=sci_arttext&tlng=es

9. Lourdes Fernández, Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención primaria, Universidad de Cantabria, [internet] 2013 Oct. [Citado 30 Jun 2017], Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/04/Enfermeria-ante-los-CP-en-AP-FuentesFernandezL.pdf>

10. El comercio, el buen morir es posible con el Cuidado Paliativo, [Sede web], Quito/Ecuador, 2013 Oct. [Citado 01 Jul 2017], Disponible en:

<http://www.elcomercio.com/actualidad/buen-morir-posible-cuidado-paliativo.html>

11. Ministerio de Salud Pública, Guía práctica clínica sobre Cuidados Paliativos, [Sede web], Quito/Ecuador, MSP, 2014 Nov. [Citado 30 Jul 2017], Disponible en:

<http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf>

12. Ministerio de Salud Pública, Guía de Cuidados Paliativos para el ciudadano, [Sede web], Quito/Ecuador, MSP, 2015. [Citado 31 Jul 2017], Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUIA%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20PARA%20CIUDADANO.pdf>

13. Sara Pinto y José Martins, Investigación en cuidados paliativos y Enfermería, Granada/España, Scielo [internet] 2014 Sep. [Citado 01 Jul 2017], 23 (3), Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200014

14. Ministerio de Salud Panamá, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, [Sede web], Panamá, Salud, 2014 Nov. [Citado 25 Jul 2017], Disponible en:

[http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20\(2\).pdf](http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20(2).pdf)

15. Leticia Díaz y María Durán, Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy, Bogotá/Colombia, Scielo [internet] 2014 Dic. [Citado 01 Jul 2017], 2 (1), Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004

16. El Cuidado, enfermería global Callista Roy, [Sede web], Salud, 2014 Jun. [Citado 29 Jul 2017], Disponible en:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2014/06/callista-roy.html>

17. Alfredo González, un sustento filosófico del modelo biologicista de adaptación de Callista Roy, Scielo [internet] 2014 Dic. [Citado 01 Jul 2017], 16 (11), Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004

18. María Domínguez, Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy, Sumario Salud [internet] 2013 Oct. [Citado 01 Jul 2017], Disponible en:

<http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emibold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>

19. Carolina Gutiérrez, Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación, Bogotá/Colombia, Redalyc, [internet] 2013 Dic. [Citado 25 Jul 2017], 6 (2), Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835200009.pdf>

20. Alfredo Muñoz, Sor Callista Roy “Teoría de la adaptación”, [Sede web], Salud, 2014 Abr. [Citado 30 Jul 2017], Disponible en:

<https://prezi.com/9rgfznhn6ejc/sor-callista-roy-teoria-de-la-adaptacion/>

21. Paola Sarmiento y Johana Botero, Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español, Granada/España, Scielo. [Internet] 2013 Dic. [Citado 26 Jul 2017], 22 (4), Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300009&script=sci_arttext&tlng=pt

22. Refugio Zavala y Olga Vázquez, Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos, Colombia, Aquichan, [Internet] 2016 Ago. [Citado 30 Jul 2017], 6 (1), Disponible en:

<http://www.redalyc.org/html/741/74160103/>

23. Riffo Luengo, Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus, *Enfermería Global*, [Internet] 2013 Mar. [Citado 01 Jul 2017], 7 (3), Disponible en:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101/34601>

24. Edwin Leiva, Modulo de enfermería I, desarrollo histórico, Perú, [Sede web], Academia de salud, 2014 [Citado 15 Jul 2017], Disponible en:

http://www.academia.edu/10873804/M%C3%93DULO_DE_ENFERMER%C3%8DA_I_CAPITULO_I_DESARROLLO_HIST%C3%93RICO

25. Alfredo Bermúdez, Un sustento filosófico del modelo biologicista de adaptación de Callista Roy, *Revista científica de enfermería*, [Internet] 2014 Dic. [Citado 16 Jul 2017], 16 (11), Disponible en:

http://sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio_Diciembre_2014/2_sustento%20filos%C3%B3fico_%20REVISTA%20ENFOQUE%20_N%C2%B011.pdf

26. Enrique Cipriani y Alberto Quintanilla, Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina, Lima/Perú, Scielo, [internet] 2013 Jul. [Citado 25 Jul 2017], 21 (3), Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000300008

27. Aura García, Adaptación familiar y social del paciente Diabético”, Quetzaltenango, [Sede web], Universidad Rafael Landívar, 2013 May. [Citado 20 Jul 2017], Disponible en:

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2013/05/22/Garcia-Aura.pdf>

28. Ministerio de Salud Pública, Guía de Diabetes Mellitus Tipo 2, [Sede web], Quito/Ecuador, MSP, 2017. [Citado 16 Jul 2017], Disponible en:

<http://www.hgp.gob.ec/index.html/images/GPC.pdf>

29. Ministerio de Salud Perú, Guía práctica clínica para la prevención, tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, [Sede web], Lima/Perú, 2014. [Citado 16 Jul 2017], Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/GPC_V03_03_14.pdf

30. Juan Martínez, Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus, [Sede web], Rancagua/Chile, Guía de actualización de Diabetes, 2015 Jun. [Citado 25 Jul 2017], Disponible en:

<http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>

31. Carlos González, Actualización en el manejo de prediabetes y diabetes tipo 2, [Sede web], Rancagua/Chile, Medicina de familiares, 2015. [Citado 15 Jul 2017], Disponible en:

<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/actualdiabetes2015.pdf>

32. Ministerio de Salud Perú, Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, [Sede web], Lima/Perú, MINSA, 2016. [Citado 16 Jul 2017], Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

33. Organización mundial de la salud, Qué es la diabetes, [Sede web], Ginebra, OMS, 2016, [Citado 25 Jul 2017], Disponible en:

http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html

34. Alejandro Vences y Gabriela Ojeda, Tratamiento de la diabetes, [Sede web], México, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2014. [Citado 11 Jul 2017], Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/24665/23162>

35. C. Peñacoba y cols, 2004, Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017, Escala de Calidad de Vida y Satisfacción en pacientes (ECVS-P), protocolo de registro

36. Katia Paz y Leydis Proenza, Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus, Cuba, Scielo, [internet] 2012 Abr. [Citado 26 Jul 2017], 16 (4), Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001

37. Yadicelis Llorente y Pedro Soca, Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas, Habana/Cuba, Rev. Scielo [internet] 2016 Abr. [Citado 25 Jul 2017], 27 (2), Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000200002

38. Denise Guerreiro y Kathy Hegadoren, La perspectiva de ama de casa brasileña sobre la vida con diabetes mellitus tipo 2, Habana/Cuba, Scielo, [internet] 2016 Ago. [Citado 25 Jul 2017], 27 (2), Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a07v20n3.pdf
39. Liudmila Otero y María Zanetti, Características Sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel Primario de Atención a la Salud, Brasil, Scielo, [internet] 2012 Abr. [Citado 25 Jul 2017], 27 (2), Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_08.pdf
40. Raúl Rodríguez y María Massera, complicaciones oculares, [Sede web], México, 2015. [Citado 11 Jul 2017], Disponible en:
<https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap15.pdf>
41. Cesar Imarai y Karina Aracena, Relación entre hipoacusia y diabetes mellitus tipo 2, Scielo, [internet] 2013 Ago. [Citado 27 Jul 2017], 73 (2), Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162013000200008
42. Margarita Lazcano y Bertha Salazar, Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy, Redalyc, [internet] 2012 Dic. [Citado 27 Jul 2017], 9 (3), Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147004>
43. Organización mundial de la Salud, [Sede web], Suiza, 2015. [Citado 16 Jul 2017], Disponible en:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**Proyecto: Cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
Distrito de Salud Chambo-Riobamba**

En el Distrito de Salud Chambo-Riobamba, se desarrolla una investigación en el área de la Salud Pública, con el propósito de diseñar intervenciones interdisciplinarias de cuidados paliativos dirigidas al mejoramiento de la adaptación de los pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a las repercusiones negativas y la calidad de vida, para lo cual se requiere recabar datos que accedan al diagnóstico de las dimensiones de calidad de vida afectadas en estos pacientes y las dificultades para adaptarse a su condición de salud.

Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de esta investigación, por lo que de estar de acuerdo, se le aplicarán cuestionarios que permitirán establecer las regularidades relacionadas con el diagnóstico mencionado.

La información que se recolecte en éste proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida. La misma se utilizará de manera ética, sin perseguir malevolencia, ni maleficencia, cuidando de su privacidad e integridad moral.

Usted tiene el derecho de negarse a participar en esta investigación; además, puede abandonarla en el momento que lo desee. Al respecto, declaro que “he leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han esclarecido las dudas que he planteado; por lo que, consiento voluntariamente participar en este estudio”, y para que así conste, firmo la presente:

Fecha (día/mes/año): _____/_____/_____

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Firma del participante _____

Anexo 2. Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de en pacientes (ECVS-P)

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVS-P)

De: C. Peñacoba y cols., 2004 – Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017 – PROTOCOLO DE REGISTRO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____

Dirección: _____

Distrito de salud: _____ **Centro de salud:** _____

Edad: _____ años **Género:** Femenino ____ Masculino _____

Religión que practica: _____

Auto identificación étnica: Blanco ____ Mestizo ____ Indígena ____ Afro- Ecuatoriano ____

Estado civil: Soltero/a: ____ Casado/o: ____ Divorciado/a: ____ Viudo/a: ____ Unión de hecho: ____

Nivel de instrucción: Básica ____ Bachillerato ____ Nivel técnico ____ Tercer nivel ____ Cuarto nivel: ____

Profesión u Oficio: _____ **Jubilado:** Sí ____ No ____

¿Con quién vive Ud? _____

Ud padece de: Presión Alta: ____ Diabetes: ____ Enfermedades del corazón: ____ Sobrepeso: ____

Cáncer: Si ____ NO: ____ ¿Dónde?: _____

Consecuencias de la enfermedad: Sí ____ NO ____ ¿Cuáles? _____

Padece de otras enfermedades: Si ____ NO: ____ ¿Cuáles? _____

Capacidades especiales: Sí ____ No ____

INTERESA CONOCER EL GRADO EN QUE SU ESTADO DE SALUD ACTUAL (ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS) LE HA AFECTADO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. MARQUE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

DIMENSIONES BÁSICAS DE CALIDAD DE VIDA

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
1	¿Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona?				
2	¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?				
3	¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?				
4	¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?				
5	¿Es independiente en las actividades de cuidado personal?				
6	¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?				
7	¿La enfermedad afecta su descanso?				
8	¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?				
9	¿Ha limitado su enfermedad las relaciones con las demás personas?				
10	¿Ha limitado la enfermedad su trabajo?				
11	¿Ha afectado su enfermedad a su familia?				

DIMENSIONES EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
12	¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?				
13	¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?				
14	¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?				
15	¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?				

VALORACIÓN GLOBAL	INSATISFECHO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento.			

Anexo 3. Entrevista semiestructurada a pacientes diabéticos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Cuidados paliativos de Enfermería durante el proceso de adaptación del paciente diabético Riobamba, 2017.

Nombres: _____ **Sexo:** F M **Edad:** _____

En los últimos días usted ha presentado afectaciones a su salud relacionado con la diabetes.

1. ¿Cuántas veces orina al día?

Dos – cuatro _____

Cuatro – seis _____

Más de seis _____

2. ¿Qué color tiene la orina?

Amarillo claro _____

Marrón _____

Espumosa _____

3. ¿Su necesidad de comer ha?

Disminuido _____

Normal _____

Aumentado _____

4. Con que frecuencia consume:

Alimentos	Todos los días	Algunos días	Casi Nunca
------------------	-----------------------	---------------------	-------------------

Verduras

Frutas

Carbohidratos

Grasas

Jugos artificiales /

Gaseosa

Agua

5. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?

Uno - cuatro _____

Cinco – nueve _____

6. ¿A causa de la enfermedad cree usted que?

Subió de peso _____

Bajó de peso _____

Ninguno _____

7. ¿Usted, durante el día hace algún tipo de ejercicio (caminar, correr, trasladar de un lugar a otro)?

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

¿Cuánto tiempo camina?

Diez – Treinta min _____

Treinta – Sesenta min _____

Más de una hora _____

8. ¿Cuántas horas duerme en la noche?

Cinco - seis horas _____

Siete - ocho horas _____

9. ¿Con que frecuencia consume café?

1 taza _____

2 a 3 tazas _____

Más de 3 _____

10. ¿Desde que usted se enfermó de la diabetes su estado de ánimo es?

Enojo _____

Culpa _____

Miedo _____

Tristeza _____

Ninguno _____

11. ¿Crear tener la capacidad para seguir desempeñando su rol (profesión u oficio)?

Si _____

No _____

12. ¿Durante el proceso de la enfermedad le apoya su familia en la alimentación, ejercicio, medicación?

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

13. ¿Usted asiste a controles médicos mensuales?

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

14. ¿Toma la medicación recetada por el medico?

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

Cuando toma la medicación?

En la mañana _____

La media mañana _____

Tarde _____

Cuando me acuerdo _____

15. ¿Cómo cree Ud. que el equipo que le atiende le puede ayudar, a adaptarse a su enfermedad?

-Realizando visitas domiciliarias por parte del personal de salud _____

-Impartiendo información sobre la enfermedad, el cuidado en la alimentación, medicación y sus complicaciones _____

-Entregando la medicación en el domicilio _____

Anexo 4. Tablas

Tabla 1. Frecuencia del consumo de café.

Frecuencia del consumo		Género		Total
		Femenino	Masculino	
1 taza	No	1	1	2
	%	8,33%	8,33%	16,67%
2 a 3 tazas	No	5	2	7
	%	41,67%	16,67%	58,34%
Más de 3	No	3	-	3
	%	25,00%	-	25,00%
Total	No	9	3	12
	%	75,00%	25,00%	100,00%

Tabla 2 Estados de ánimo.

Estados de ánimo		
Enojo	No	5
	%	12,50%
Culpa	No	7
	%	17,50%
Miedo	No	11
	%	27,50%
Tristeza	No	13
	%	32,50%
Ninguno	No	4
	%	10,00%
Total	No	40
	%	100%

Tabla 3. Capacidad para seguir desempeñando su rol.

Categoría	No	%
Si	35	87,50%
No	5	12,50%
Total	40	100,00%

Anexo 5. Recolección de datos a Pacientes de: Yaruquies, Cacha, Calpi y Guaslán.



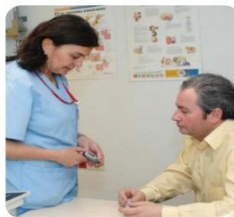
Anexo 6. Propuesta: Adaptándome a mi enfermedad



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**GUÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO CON ENFOQUE
INDIVIDUAL Y FAMILIAR**



AUTORAS:

Laura Inés Cubi Arévalo
Jimena Abigail Paca Paca

TUTORA:

Cielito del Rosario Betancourt Jimbo Msc.
Riobamba – Ecuador

INTRODUCCIÓN

La adaptación de las personas a las enfermedades crónicas es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas, la inadaptabilidad es producto de la poca información que se tiene sobre la enfermedad, alimentación, actividad física y el tratamiento; por lo tanto es importante que el paciente diabético y la familia se formen, informen y conozcan, para lograr la adaptación, que es necesario para el bienestar integral del ser humano, familiar, social y psicológico.

El mundo de hoy enfrenta constantes cambios, esto implica la necesidad de cambiar en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil a vencer, siendo la base el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de las relaciones de intimidad, solidaridad y afecto.

Todo el ser humano en algún momento de su vida requiere pasar por el proceso de adaptación debido a una enfermedad crónica, de ahí nace la importancia de diseñar una guía de alcance individual y familiar atendiendo a los modos adaptativos afectados en los pacientes diabéticos, brindando cuidados paliativos para así facilitar el proceso de la enfermedad y evitar complicaciones.

Se ha tomado en cuenta los modos adaptativos descritos por la teorizante de enfermería Callista Roy:

- Fisiológico
- Auto concepto
- Interdependencia
- Función de Rol

Este material está dividido por necesidades encontradas, en la población:

1. Conociendo mi enfermedad
2. Aprendiendo a comer
3. Caminemos juntos

4. Apoyo emocional.
5. Mi familia y yo

Dirigido: A pacientes diabéticos de lo Subcentros de Salud “Yaruquíes” “Cacha” “Guaslán” y “Calpi”.

Objetivo: Educar al paciente y al familiar a que se adapte mediante cuidados de enseñanza del proceso de la enfermedad, el buen manejo de la dieta prescrita, medicación prescrita, logrando el conocimiento y autocontrol de la diabetes, ayudando al afrontamiento mediante el apoyo emocional, familiar y la búsqueda de sistemas de apoyo.



No necesito de azúcar para vivir una vida dulce.

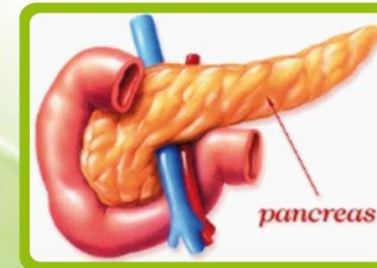


1. CONOCIENDO MI ENFERMEDAD

El alimento, que comen se convierte en azúcar en la sangre. El páncreas, uno de los órganos cerca del estómago, produce una hormona llamada insulina para ayudar al cuerpo a utilizar la glucosa.



En las personas con diabetes, no hay producción suficiente de insulina o ésta no funciona bien, como consecuencia, el contenido de azúcar o glucosa en la sangre aumenta.



Que síntomas puedo tener



•Sed excesiva



•Orinar frecuentemente



•Aumento de apetito



•Pérdida de peso



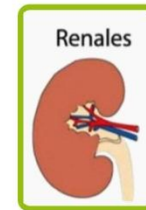
Otro síntoma incluye:

Cansancio, piel reseca, infecciones frecuentes, vómitos, dolor de estómago.

Que me puede pasar si no me cuido

Con el tiempo la diabetes descontrolada lleva a complicaciones importantes:

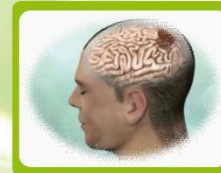
•Me puede dañar los riñones: insuficiencia renal y diálisis.



•Problemas visuales: catarata, alteraciones de la retina y ceguera.



•Alteraciones en el funcionamiento de los nervios; dolor crónico, ardor, cambios de la de la temperatura, insensibilidad, deformidad de articulaciones.



•Alteraciones en la circulación sanguínea: infartos cerebrales o cardiacos, falta de irrigación en los pies y otros órganos, Aterosclerosis



Como puedo controlar mi enfermedad

Aumento el consumo de frutas, verduras y disminuye el consumo de grasas

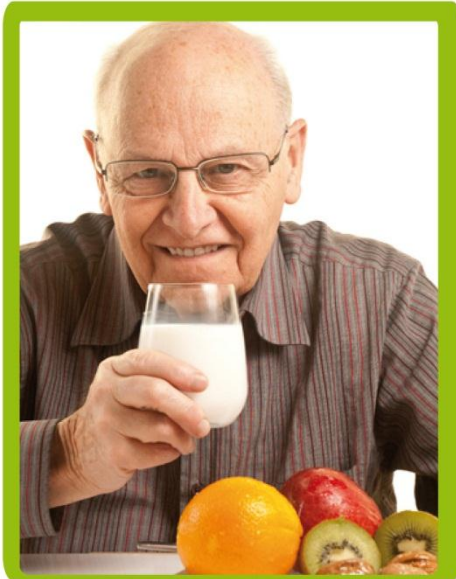


Actividad física regular: caminar 30 minutos todos los días



•Lo más importante tomar la medicación

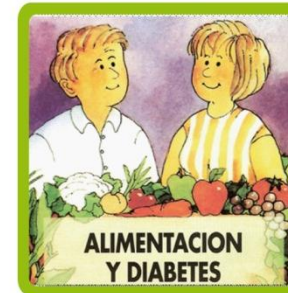




Tu fortaleza espiritual y tus ganas de ser feliz te ayudaran a superar tu enfermedad, levanta ese ánimo para que puedas vivir con tu enfermedad.

2. APRENDIENDO A COMER

Conociendo mejor la enfermedad me ayuda a vivir como los demás, la alimentación es la clave para mi salud.



Horario de mi comida

- Debó comer 5 o 6 veces al día en cantidad adecuada y a la misma hora todos los días (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena).
- Comer cada 4 o 5 horas puede ayudarme a controlar el azúcar en la sangre y evitó una hipoglucemia (disminución de azúcar en la sangre)



Lo que debo comer

- Consumo lácteos como: leche, yogurt y queso 1 vez al día.



- Consumo huevo, de cuatro o cinco a la semana.



- Consumo pescado mínimo 1 vez por semana, ayuda a mantener sano mi corazón.



- Consumo carbohidratos todos los días en poca cantidad: como trigo, arroz, papa y avena.



- Consumo grasas buenas todos los días, en poca cantidad: como aceite vegetal y de oliva preferible debo usar las nueces y aceitunas que aportan grasas saludables.



- Cocino con menos aceite y evito comidas fritas



•Consumo frutas y verduras de distintas variedades y colores todos los día.



•Consumo al menos 2 platos de verdura y 3 de frutas cada día, esto me ayuda a evitar enfermedades del corazón, amantener mi peso adecuado.



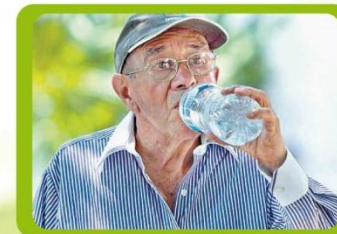
•Consumo legumbres como: lentejas o arvejas al menos 2 veces por semana, en reemplazo de la carne ya que aportan menos grasa.



•Consumo legumbres, reduce los niveles de colesterol (grasa) en la sangre y facilita la digestión.



•Consumo de 6 a 8 vasos de agua al día.



Lo que no debo de comer

- No puedo comer embutidos como la: salchicha y mortadela.



- Evité comer tortas , pan de dulce , manteca y la mantequilla.



- No debó tomar gaseosas, refresco, alcohol y café, pueden dañar mi corazón.



11



- No tengo que fumar



- No debo comer chocolate, mermelada y gelatina de frutas, perjudican mi salud.



- Tengo que disminuir el consumo de sal y azúcar.



- No tengo que poner sal, ni azúcar a la comida ya servida ,puede aumentar mi presión arterial y dañar, mis riñones. (1)



12



CONOCIENDO MI PLATO SALUBADLE

No debo comer productos recargados de azúcar en una misma comida.
Si ya me serví la porción de arroz, no debe comer guineo, sandía, uvas o piña, que son frutas que contienen mayor cantidad de azúcar que otras.



“Lo grave de todas estas cosas juntas es que puede provo carse una sobrecarga de azúcar”.

MI PLATO SALUDABLE	
DESAYUNO	1 rodaja de pan integral 1 taza de leche 1 fruta (pera)
MEDIA MAÑANA	3 galletas o 1 fruta (manzana)
ALMUERZO	1 presade pollo 2 vegetales(tomate, zanahoria) 1/2 taza de arroz
MEDIA TARDE	1 fruta o un vaso de yogurt del sabor que prefiera
MERIENDA	1 porción de pescado al vapor 2 vegetales (col, espinaca) 1 papa



Para SUPERAR la ENFERMEDAD tienes que sacar esa FUERZA que todos guardamos para los momentos más DIFÍCILES de la VIDA...Los MÉDICOS y las personas que te QUEREMOS haremos el resto del trabajo.



CONOCIENDO MI MEDICACIÓN

Trabajo conjuntamente con el profesional de salud para elaborar un plan de tratamiento que me ayude alcanzar niveles de glucosa en la sangre dentro de su intervalo. (2)



Tomar la medicación es mi responsabilidad

Con que propósito tomo mi medicación

El propósito de tomar mi medicación, corrige mis problemas de manera que los niveles de glucosa en la sangre estén dentro de lo normal



Ayuda a mi páncreas a liberar más insulina



Evita que mi hígado libere demasiada glucosa



Consecuencia que puedo tener al no tomar la medicación

Que mi nivel de glucosa no pueda mantenerse en condiciones estabilizados, por lo que puede provocar serias complicaciones.



No debo tomar otra medicación que no sea recetada por mi médico



Debo tomarla medicación en el horario que me indicó el médico





El ejercicio no solo te ayuda a tener una buena salud también cambia tu mente, tu actitud y tu humor



Debo anotar en mi cuaderno, la hora de tomar mi medicación

Llevo un diario de registro que puede ayudarme a recordar mi toma de medicación:

Mi diario en la toma de medicación

Nombre medicamento	del	Cuanto de medicación debo tomar	La hora que tomo mi medicación



3. CAMINEMOS JUNTOS

Realizo actividad y ejercicio físico útil ,para gozar de buena salud y tratar la enfermedad, yo puedo caminar a paso ligero, trotar, correr, bailoterapia ,practicar ciclismo, montar en bicicleta, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, actividades laborales, tareas manuales de entretenimiento.



La constancia es esencial para que el ejercicio ejerza sus efectos beneficiosos sobre la salud física y mental.



QUÈ DEBO CONOCER

- Antes de comenzar cualquier actividad física por primera vez consulto con el médico



- Tengo que realizar actividad y ejercicio físico de forma gradual. Por ejemplo, aumento poco a poco el tiempo de ejercicio , puedo iniciar con 30 minutos durante varios días o semanas y progresar hasta 1 hora.



- Tomo suficiente agua, para reponer las pérdidas por el ejercicio



•Planifico el tipo de ejercicio, la intensidad y los horarios en común con mi equipo sanitario, dependiendo de mi edad.



•Debo practicar regularmente a ser posible a la misma hora y mejor en compañía



EL EJERCICIO ME AYUDA

Mejorar la capacidad del cuerpo para usar la insulina, por lo que puede ayudar a controlar mejor mi diabetes.



Mejoro la fuerza y la elasticidad de los músculos, por lo que nos encontramos más ágiles y con mayor vitalidad.



Reduzco el riesgo de las enfermedades del corazón



Retraso la aparición de osteoporosis (pérdida de calcio que afecta a la dureza de los huesos).



Me ayuda a perder peso



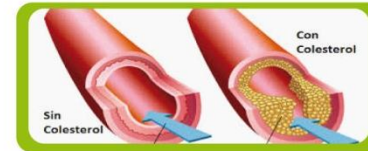
Controlo los niveles de Presión Arterial.



Me ayuda a sentir bien conmigo misma/o, mejorando mi estado de ánimo.



Baja el nivel de colesterol malo y aumenta el nivel de colesterol bueno (3)



Tipos de actividad física que le pueden ayudar

- Incluir más actividad física en mi rutina diaria
- Realizo ejercicio aeróbico
- Realizo ejercicio de fuerza muscular
- Realizo ejercicio de estiramiento

Incluir más actividad física en mi rutina diaria como:



Me levanto a cambiar el canal de televisión en vez de usar el control remoto



Limpio la casa



Trabajo en el jardín o rastrillo las hojas.



Aumento el tiempo y el esfuerzo para hacer las tareas domésticas. Por ejemplo, hacer dos viajes por las escaleras para ir a la lavandería en vez de hacer un solo viaje



Camino mientras hablo por el teléfono



Realizo ejercicios aeróbicos durante 30 minutos por lo menos 5 días a la semana



Realizó ejercicios de estiramiento , aumentan la flexibilidad y reduce el estrés, además, me ayuda a evitar el dolor de los músculos





SUPERAR una ENFERMEDAD te ayuda a VALORAR mejor todo lo que te rodea, y a tener más GANAS de VIVIR y DISFRUTAR cada instante.



4. APOYO EMOCIONAL

Los cambios de carácter se presentan como: el sentirse incómodo, triste, culpable o enojado.



Buscar apoyo en la pareja, familia y el equipo de salud.



Confiar en alguien y la disponibilidad de con quien hablar, como su familiar, amigo y vecino



Busco medios de entretenimiento y relación con las personas que tengan la misma enfermedad, compartimos actividades como bailoterapia y manualidades. (4)



5. MI FAMILIA Y YO

La Diabetes produce cambios, donde requiere el cuidado y el apoyo de toda la familia, tanto en la alimentación, toma de medicación, asistencia a controles médicos, para promover el bienestar y evitar complicaciones.



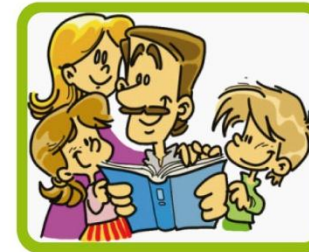
La familia debe convertirse en un grupo promotor de las actividades físicas y si es posible deportivas, aprendiendo a comer sanamente y no dejársolo al paciente



Investiga más de la enfermedad y acerca de la información



Leer libros, subrayar la información más relevante, video, artículos de diabetes y salud, para que siga consejos que mejoren su calidad de vida .



Acercarse y formar parte de la red de apoyo



Recordar los horarios de los medicamentos, los alimentos que debe tener su dieta, y



Evitar que el paciente coma alimentos que no sean saludables.
(5)



Mi plan de Ejercicio

A veces, empezar a ponerse en marcha no es fácil. Por eso, le animamos a que, por escrito, planifique con antelación el ejercicio que va a realizar. Esto le permitirá ver sus progresos y llevar un mayor control del ejercicio que va realizando.

Día	Meta	¿Cumplida?	Obstáculos
Ejemplo	Caminar 30 minutos	Sí	Ninguno
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			



Día	Meta	¿Cumplida?	Obstáculos
<i>Ejemplo</i>	<i>Caminar 30 minutos</i>	<i>Sí</i>	<i>Ninguno</i>
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliografías

1. Guía de Autocuidado para personas con Diabetes. [Online]; 2015 [cited 2017 07 25. Available from: <http://132.247.8.18/imagenes/CAIPaDj/Guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>.
2. La guía diabética. Medicamentos y diabetes. [Online]; 2016 [cited 2017 08 02. Available from: http://www.trividahealth.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKT0275S-rev%201.pdf.
3. American Assosiation Diabetes. Rentendimiento sobre la reacción de la glucosa. [Online]; 2015 [cited 2017 07 25. Available from: <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/condicion-fisica/empezar-de-forma-segura/el-ejercicio-y-el-control-de.html?referrer=https://www.google.com.ec/>.
4. Garay E. [Online]; 2015 [cited 2017 07 25. Available from: http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/03022006_MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf.
5. National Institute Diabetes. Actividad física y Diabetes. [Online]; 2015 [cited 2017 07 25. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/nutricion-alimentacion-actividad-fisica>.
6. Prevention and Health Promotion. Controle su diabetes. [Online]; 2014 [cited 2015 07 25. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/pdfs/controle.pdf>.

