

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencia Médicas



Tesis monográfica para optar al Título de Médico y Cirujano

Tema:

“Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015 – Junio de 2016.”

AUTORES:

BR. José Bismarck Campos Arana

BR. Katherine Yadielkis Centeno

BR. Ana Odalubia Báez Chavarría

TUTOR:

Dr. Eladio Meléndez. MSSR.
Responsable Dpto. de Epidemiología.
HAJN Granada.

Juigalpa, 2016

Dedicatoria

Esta tesis se la dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestras familias quienes por ellos somos lo que somos. Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. Nos han dado todo lo que somos como personas, valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir nuestros objetivos. A nuestros hermanos por estar siempre presentes, acompañándonos para podernos realizar.

Agradecimiento

En el presente trabajo de tesis nos gustaría agradecer a Dios por bendecirnos, por llegar hasta donde hemos llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Le damos gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento; por los valores que nos han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores durante la carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a nuestra formación a los largo de nuestras vidas.

A nuestro tutor el Dr. Eladio Meléndez por habernos guiado y contribuido en este estudio, que sin su valiosa ayuda no hubiera sido posible concluir esta tesis

OPINION DEL TUTOR

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa, Chontales. Septiembre 2015–Junio 2016.”

Las Bachilleres José Bismarck Campos Arana, Katherine Jadielkis Centeno, Ana Odalnuvia Báez Chavarría son los autores de dicho trabajo. Ellos desde que iniciaron el proceso de investigación demostraron responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

Que un poco más de la mitad los valores de glicemia están por encima del valor normal y que más de 90.0% refirieron que a veces llegan a controlarse su problema de diabetes mellitus, esto demuestra porque es evidente que el 60.0% tengan un nivel de adaptación comprometido compensatorio y el restante una adaptación integrada. Pero sin embargo un 8.0% alcanzaron nivel de glicemia mayores de 140mg/dl. Esto compromete al personal de salud y a los gerente institucionales en seguir trabajando más en aras de mejorar el conocimiento de la población acerca de la enfermedad y de esta manera que puedan tener un mejor nivel de adaptación y actitud antes las medidas y acciones para vivir con la diabetes mellitus tipo 2 con menos complicaciones.

Los autores del trabajo tienen el compromiso de dar a conocer los resultados a las autoridades de salud del municipio y al personal de salud para motivar el interés de establecer estrategia de educación e información a la población. Se toma en cuenta que las unidades de salud son las primeras que deben de intervenir en este problema.

Es deseable que el informe no sea uno más de la biblioteca de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de Managua o del hospital o Silais de la región. A la vez es importante señalar que el trabajo fue realizado con las mejores intenciones por parte de ellos.

Felicito a los Bachilleres por su compromiso con el trabajo y le insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que les demanda.

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

RESUMEN

El diagnóstico de una enfermedad crónica supone siempre un cambio importante en la vida de un sujeto, que debe poner en marcha una serie de mecanismos psicológicos para afrontar la nueva situación y el duelo que supone la pérdida de la salud. La diabetes es una enfermedad que plantea grandes desafíos al paciente y también a los profesionales de la salud. Es una enfermedad compleja, tanto desde el punto de vista estrictamente médico-biológico, como desde el punto de vista de los cambios que impone en la vida de las personas afectadas y de aquellos que los rodean.

El mejoramiento en el control de diabetes está vinculado a la calidad de vida y la supervivencia. Uno de los retos más importantes para la salud pública en el campo de la diabetes es vigilar la calidad de atención con la intención de introducir medidas para asegurar mejores resultados logrando reducir la mortalidad por complicaciones. Durante el año 2015 en el Hospital Regional Escuela La Asunción de Juigalpa, la cantidad de pacientes con DM registro que acuden mensualmente a consulta externa 150 a 170 pacientes para controles de seguimiento de su padecimiento, es muy poco en relación a la población de dicho municipio, siendo de 0.36%. Poder reconocer los indicadores de mala adaptación es una necesidad de todos los profesionales de la salud que se dedican al tratamiento de la diabetes.

Es necesario realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención. La autoestima y el auto concepto para valorar el nivel de adaptación permiten de manera específica identificar debilidades a superar y lograr intervenir y mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción.

Para esto se realizó estudio de tipo descriptivo de corte transversal de 150 pacientes que acudieron al programa de dispensarizados del HRELA de Juigalpa Chontales durante el periodo de septiembre 2015 a junio 2016. La población estudiada fueron 150 pacientes que acudieron en el transcurso de un mes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia ya que se incluyeron todos. La fuente de información fue primaria de la entrevista directa dirigida utilizando instrumento llamado. "Vivero 03" que cuenta de 57 ítem los primeros 15 del instrumento valora la autoestima, del 16 al 21 la imagen corporal, del 22 al 25 la sensación corporal, del ítem del 26 al 33 el yo consciente, del 34 al 40 el yo ideal, del 41 al 47 el yo moral, del 48 al 52 el yo ético y del 53 al 57 el yo religioso. Este instrumento esta estandarizado internacionalmente adaptado a la comprensión y al lenguaje más sencillo de nuestra región. Para valorar el auto concepto que se divide en tres niveles de adaptación manejados por Callista Roy, y son: 1) Adaptativo Comprometido. 2) Adaptativo Compensatorio. 3) Adaptativo Integrado.

Los resultados: El 52.0% eran femeninas y en relación al total el 39.3% tenían edades de 51 a 60 años, teniendo el 42.0% un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y refirieron el 34.0% ser ama de casa y el estado civil de 75.3% de eran casados. Al investigar la condición de salud actual de los pacientes con DM tipo 2. El 52.7% tienen de padecerla entre 4 a 10 años. El promedio de Glicemia de las últimas 3 tomas de muestra, revelaban que 55.3% tenían 121 a 140mg/dl. Las ultimas complicaciones que refirieron haber padecido 12.0% fue hiperglucemia y Pie Diabético. Se logró determinar el nivel de adaptación de los pacientes con DM y hay un predominio de 91 pacientes que corresponde al 60.6% que están en un nivel adaptativo compensatorio. De los pacientes que tenían un nivel adaptativo compensatorio 26.0% estaban entre las edades de 51 a 60 años pero 14.6% de los que tenían un nivel adaptativo integrado tenían edad de 61 a 70 años. De

acuerdo al nivel de escolaridad los pacientes que tenían primaria el 25.3% el nivel de adaptación era adaptativo compensatorio.

Conclusiones; El nivel de adaptación compensatorio está más vinculados a los pacientes que manifestaron cifras de glicemia alterado No podemos señalar que los niveles de glicemias alto sean el mejor indicador para referirse a la falta de adaptación integrar,

INDICE

I. ANTECEDENTES.....	11
II. JUSTIFICACION.....	14
III. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	15
IV. OBJETIVOS.....	16
V. MARCO TEORICO.....	17
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
6.1. Tipo de estudio.....	33
6.2. Área del estudio.....	33
6.3. Universo.....	33
6.4 Muestra.....	33
6.5 Operacionalización de variable.....	34
6.6. Técnica y procedimiento.....	38
6.6.1. Fuente de Información.....	38
6.6.2. Método e instrumento.....	38
6.6.3. Validación del instrumento.....	39
6.6.4. Procedimientos.....	40
6.7. Plan de análisis y tabulación.....	40
6.8. Cruces de Variables.....	40
6.9. Aspectos éticos de la investigación.....	41
VII. RESULTADOS.....	42
VIII. DISCUSIÓN.....	45
IX. CONCLUSIONES.....	48
X.RECOMENDACIONES.....	49
XI. BIBLIOGRAFIA.....	50
XII. ANEXOS.....	52

Acrónimo

- ARA: Antagonista de receptores de angiotensina
- BHC: Biometría Hemática Completa
- CCr: Aclaramiento de la creatinina
- Crs: Creatin asérica
- DM: Diabetes Mellitus
- ERC: Enfermedad Renal Crónica
- EVR: Enfermedad Vasculat Renal
- IECAs. Inhibidores de la enzima conversiva de
- HRELA Hospital Escuela La Asunción
- HTA: Hipertensión Arterial
- HTO: Hematocrito
- IRC: Insuficiencia Renal Crónica
- IMC Índice de Masa Corporal
- IVU Infección de Vías Urinarias
 - MINSA: Ministerio de Salud
 - ND: Nefropatía Diabética
 - OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PCR: Proteína “c”reactiva
- SSN Solución Salina Normal
- SNC: Sistema nervioso central
- TAS: Tensión Arterial Sistólica
- TP Tiempo de Protrombina
- TPT Tiempo Parcial de Tromboplastina
- TFG: Tasa de filtración glomerular

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de una enfermedad crónica supone siempre un cambio importante en la vida de un sujeto, que debe poner en marcha una serie de mecanismos psicológicos para afrontar la nueva situación y el duelo que supone la pérdida de la salud. El fenómeno de la adaptación a una enfermedad crónica es un proceso complejo en el cual intervienen variables diversas, y en el cual se puede observar una marcada diferencia entre los mecanismos que utiliza cada sujeto.

La diabetes es una enfermedad que plantea grandes desafíos al paciente y también a los profesionales de la salud. Es una enfermedad compleja, tanto desde el punto de vista estrictamente médico-biológico, como desde el punto de vista de los cambios que impone en la vida de las personas afectadas y de aquellos que los rodean. Esta complejidad unida a otros factores, dificulta en ciertos casos que la persona con diabetes asimile de una forma saludable su nueva situación. (Digón, 2007)

El comportamiento mundial y regional de la DM en las últimas décadas muestra un carácter epidémico vinculado con la mayor exposición a factores de riesgo (hábitos nutricionales no saludables, sedentarismo, obesidad) casi siempre relacionados con el estilo de vida de la sociedad contemporánea, el aumento de la expectativa de vida, y otros factores epidemiológicos, demográficos y genéticos. Se calcula que para el año 2025 el número de personas con DM se duplique, y que el 6,1% de la población mundial viva con DM. (Llanes, 2012)

El mejoramiento en el control de diabetes está vinculado a la calidad de vida y la supervivencia. Uno de los retos más importantes para la salud pública en el campo de la diabetes es vigilar la calidad de atención con la intención de introducir medidas para asegurar mejores resultados logrando reducir la mortalidad por complicaciones y reducir costo de inversiones innecesario para tratar las nefropatías, retinopatías, neuropatías y otras derivadas de la diabetes en tan corto tiempo de padecimiento y en la gran mayoría de la población que la padece.

La atención y la educación por la diabetes se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra esta enfermedad. La información disponible indica que la atención de diabetes en América Latina y el Caribe es subóptima. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000). A nivel de cada una de las unidades de salud de Nicaragua, se transmiten conocimientos, creencias y hábitos así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionan actitudes y conductas de los miembros dispensarizado frente a la enfermedad.

Durante el año 2015 en el Hospital Regional Escuela La Asunción de Juigalpa, la cantidad de pacientes con DM registro que acuden mensualmente a consulta externa 150 a 170 pacientes para controles de seguimiento de su padecimiento, es muy poco en relación a la población de dicho municipio, siendo de 0.36%. (MINSA. Hospital Regional Escuela La Asunción , 2014). Lo que no concuerda con cifras nacionales e internacionales, donde se conoce que puede ser hasta 6.2% en relación a la población total de la ciudad, posiblemente sea un su registro significativo debido a los abandonos y desuso del programa por la negación o falsa percepción que muchos individuos tienen acerca de la DM, esto sin lugar a duda se debe a la falta de adaptación de la enfermedad.

I. ANTECEDENTES

A nivel Internacional.

En Lima Perú se realizó estudio sobre las diferencias existentes en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Se utilizó un diseño descriptivo comparativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían a consulta externa en el Hospital Central FAP. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL – Diabetes Quality of Life), el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la Ficha de Salud para la Adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente. La población de la muestra estuvo conformada por pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que asistían a consulta externa del servicio de endocrinología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

Se encontró que en el caso de los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento sólo el autoconcepto familiar presenta una correlación estadísticamente positiva ($r = 0.41$, $p < 0.05$) con la Calidad de vida. Por otro lado en los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento, se encontró que el autoconcepto social ($r = 0.41$, $p < 0.05$) y el autoconcepto familiar ($r = 0.46$, $p < 0.05$) presentan una correlación significativa positiva media con la Calidad de vida. Las otras 3 dimensiones del autoconcepto no presentan correlaciones estadísticamente significativas.

La dimensión de la Calidad de Vida, Satisfacción, correlaciona positivamente con el Autoconcepto familiar ($r = 0.49$, $p < 0.01$). En las demás dimensiones no se encontraron correlaciones significativas para los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento. La dimensión Preocupación por la DM de la Calidad de Vida, presenta una correlación negativa media con el Autoconcepto Físico ($r = -0.38$, $p < 0.05$), lo que significa que a menor Autoconcepto Físico mayor preocupación por complicaciones futuras de la DM. (García, 2011).

Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, con una población constituida por 425 pacientes con diagnóstico de DM tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes de las UPA de Cartagena. Se estimó un tamaño de la muestra de 225 pacientes mediante el cálculo de muestra con población finita, y los pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Para determinar la capacidad de agencia de autocuidado se

utilizó la escala de valoración de las capacidades de autocuidado desarrollada por Isenberg y Everest traducida al español por Gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia.

Los resultados demuestran: predominio del sexo femenino (68,4 %); la unión libre (59,1 %); escolaridad (50,6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34,7 %). Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio. De las personas diabéticas consultadas se bañan con frecuencia con tal de mantenerse limpias. El 41,3 % de los pacientes refiere que nunca tiene fuerzas para cuidarse; respecto a la alimentación el 46,2 % se alimenta de la mejor manera para conservar su peso y el 48,9 % ha cambiado hábitos arraigados para conservar su salud. (Herrera Lían, Andrade H, Hernández S, & Manrique, 2012)

Se realizó un estudio Cuantitativo, tipo descriptivo, y de corte transversal con los enfermos IMSS de San Luis Potosí México. Se identificó la Adaptación Fisiológica y Autoconcepto a enfermos de Diabetes Mellitus, se utilizó la valoración del MACR y Autoconcepto de Tennessee. se les realizó dos valoraciones primero utilizando un formato de Valoración bajo el Modelo de Adaptación para identificar el nivel de adaptación fisiológica donde se incluyeron exámenes de laboratorio: Hemoglobina glucosada, Hematocrito, Glucosa, Hemoglobina, Colesterol total y triglicéridos, así como un examen físico intencionado abarcando peso, talla, cintura, IMC, entre otros elementos. Resultados: en 55 personas se encontró tres niveles de adaptación: alto 6.80%, 75% adecuado y solo 14.24% nivel bajo de autoconcepto. Se identifica que el 45.5% de los pacientes que se encuentran en control en la institución presentan una hiperglucemia y el 52.7 % dentro de los rangos normales.

Otro dato importante valorado en este grupo de pacientes fue la Hemoglobina glicosilada en los cuales se encontraron los siguientes datos de donde se puede señalar que los enfermos diabéticos bien controlados deberían presentar de 2,5 a 5,9 %, los diabéticos con control suficiente de 6 a 8%, y los diabéticos mal controlados mayor de 8%. (Díaz Oviedo, Betancourt Esparza, Cheverría Rivera, Rodríguez Padilla, & González Acevedo, 2014).

A nivel nacional.

Estudio realizado por Aguilar Escorcía en la Ciudad de Granada para evaluar el conocimiento y autoconcepto de los pacientes adultos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, que acude al programa de dispensarizado del centro de salud Jorge Sinforsó Bravo de la Ciudad de Granada en el periodo de Enero a Marzo del 2006. Un estudio descriptivo de corte transversal que permitió identificar a través de un cuestionario de pregunta sobre los elementos que el paciente tiene que conocer sobre DM y utilizando el cuestionario de Autoconcepto y Autoestima de Callista Roy para lograr el nivel de adaptación a la enfermedad que tuvo esta población estudiada. Los resultados demuestran:

Al evaluar el conocimiento de los aspectos básicos de la Diabetes Mellitus según las características generales de la población, predominó un buen conocimiento en el 73.6% de los hombres y 70.3% de las mujeres.

Dentro de los elementos positivos del autoconcepto en el que se destacó la autoestima, más del 83.0% señalaron tener suficiente y bastante valor, confianza, le gustan relacionarse con los demás, que consideran valioso su vida, se sienten aceptados por personas del sexo opuesto, se cuidan físicamente y se sienten aceptados por su familia.

Al comparar el nivel de conocimiento con el nivel de adaptación como una forma de valorar el autoconcepto el 80.9% de los que señalaron tener un nivel de adaptación integrado tienen un buen nivel de conocimiento. Mientras que el 88.2% que tiene un nivel regular de conocimiento presentaron un nivel de adaptación compensatorio, también se observa que los que tienen un nivel de conocimiento malo el 100% tienen el mismo nivel. (Escorcía, 2006)

Hay pocos estudios que han visto con importancia el reconocer la falta de adaptación de los pacientes que padecen DM en Nicaragua e inclusive en el Departamento de Juigalpa Chontales no hay evidencia que se haya realizado alguna investigación similar en EL Hospital.

II. JUSTIFICACION

Cuando el sujeto no es capaz de poner en marcha recursos psicológicos adecuados, aparecen alteraciones de tipo psicopatológico que influyen de manera muy negativa en la evolución de la enfermedad. Poder reconocer los indicadores de mala adaptación es una necesidad de todos los profesionales que se dedican al tratamiento de la diabetes. Su detección precoz permitirá una acción inmediata y de esta forma, se podrá garantizar mejorar la buena evolución de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. (Digón, 2007)

La atención y la educación de diabetes se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra esta enfermedad. El mejoramiento en el control de diabetes está vinculado para mejorar la calidad de vida y de supervivencia.

Es necesario realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención para las personas que cursan con DM. El considerar este tipo de investigación, lleva a destacar el la experiencia vivida desde adentro de cada personas, elementos que están ausentes en algunos de los estudios tradicionales, como el saber que sienten en relación a sus dolencias y la convivencia de su entorno.

Descifrar a través de indicadores estandarizados de la autoestima y el autoconcepto para valorar el nivel de adaptación permite de manera específica identificar debilidades a superar y lograr intervenir y mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción, esto es la razón principal de ser de este estudio, Se pretende dar a conocer recomendaciones para el para el personal médico y de enfermería que incluya en su estrategia para impedir el abandono de los pacientes dispensarizado.

III. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, como consecuencias de su mal control más del 80% mueren y esto ocurre más en países subdesarrollados; además se prevé que las muertes por diabetes se duplicaran entre 2005 hasta 2030.

La cantidad de individuo que llegan al Hospital Región la Asunción de Juigalpa Chontales por complicaciones relacionada al padecimiento de DM es casi el 20.0% de las atenciones que se brindan en dicha unidad asistencia. Esta unidad hospitalaria demuestra a igual que cualquier otro hospital del país es una de las cinco primeras causas de mortalidad por causa relacionada. (MINSA - Hospital Regional La Asunción de Juigalpa Chontales, 2015).

La proporción de pacientes que asisten para la valoración del control y seguimiento periódico de su patología de base que es la Diabetes a la consulta externa del Hospital Región la Asunción de Juigalpa Chontales es muy poca, pero la que acude a emergencia por complicaciones es mayor, aunque en un primer momento son debutantes de la enfermedad que posteriormente son remitidos y no acuden, solamente por complicaciones repetidas, es obvio que esto es producto de la falta de adaptación al padecimiento de la DM lo que motiva para identificar de alguna manera el auto concepto que tienen estas persona y de ahí ver el nivel de adaptación. Hasta donde han llegado ante esto es necesario saber:

¿Cuál es el Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externo del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015 - Junio de 2016.

IV.OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el Autoestima y Autoconcepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015 – Junio 2016.

Objetivo específico

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes que participaron del estudio.
2. Identificar la condición de salud al momento de la entrevista de los participantes.
3. Reconocer los elementos positivos y negativos de la autoestima y auto conceptos de los pacientes
4. Determinar el nivel de adaptación a través de los componentes de la autoestima y auto concepto de los pacientes.

V. MARCO TEORICO

La American Diabetes Association (ADA), define la Diabetes Mellitus (DM) como un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción, la acción de la insulina, o ambas con grados variables de resistencia tisular a la hormona.

- Clasificación etiológica de la Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM tipo 1): es el tipo más frecuente en niños y adolescente, representa hasta el 90% de tipo de diabetes que afecta a este grupo de edad. Es debida a una destrucción de las células beta del páncreas que conduce a una insulinopenia como consecuencia de un largo proceso inmunológico que provoca el desarrollo de anticuerpos dirigido contra las células de los islotes específicamente contra la superficie de membrana o contra la insulina.

Diabetes tipo 2 (DM tipo 2): se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante.

Otros tipos específicos de diabetes: defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedad del páncreas exocrina, endocrinopatías inducidas por drogas o químicos y fármacos, infecciones, formas pocos comunes de diabetes mediadas inmunológicamente y síndromes genéticos algunas veces asociados a diabetes.

Diabetes Mellitus Gestacional: diabetes diagnosticada durante el embarazo.

Los complejos desordenes metabólicos comprendidos en la DM conllevan una serie de complicaciones agudas y crónicas resultante del desbalance entre la insulinopenia, hiperglicemia y resistencia a la insulina.

Entre las complicaciones agudas se hallan la cetoacidosis diabética (CAD) y el estado hiperglicémico hiperosmolar (EHH). (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000)

- Epidemiología

Probablemente el 6% de la población mundial, que es alrededor de 325 mil personas, son pacientes diabéticos, y la mayoría de ellos, no lo saben. De acuerdo con la OPS, la diabetes afecta cada vez más a todos los grupos de edad, pero especialmente a los de mayor edad. Cifras oficiales confirman que la diabetes mellitus, que es la tercera causa de muerte en Nicaragua, pasó de una tasa de 8.9 muertes x 100 mil habitantes en 1992 a casi 19 en el 2005, afectando principalmente a mayores de 50 años. Según datos de los 3 últimos años en relación al 2014 la prevalencia de diabetes es 10 a 12%. (Baéz, 2014)

La encuesta, realizada en la mayor parte de los barrios y zonas residenciales de Managua, reflejó que el 20% de los encuestados tenían el nivel de colesterol por encima de lo normal, el 66% tenían sobrepeso y el 28% estaban catalogados como obesos. Entre éstos específicamente el 71% de los que tenían sobrepeso y el 33% de los que están catalogados como obesos pertenecen al sexo femenino. (Vilma Gutiérrez B. OPS/OMS Nicaragua). La OPS afirma que "se ha observado que aún con tratamiento adecuado, las personas que padecen diabetes tienen una alta frecuencia de complicaciones crónicas. Evidencias de que la mortalidad de la población diabética es mucho mayor"

"Pero también se detectó que alrededor de un 18% de los pacientes atendidos en el hospital, hacen aquí su Debut de Diabetes con una complicación crónica, es decir ya vienen con insuficiencia renal, ya vienen con pie diabético, pero lo más grave es que ellos nunca se dieron cuenta antes que tenían diabetes.

Para el año 2000, de acuerdo con la OMS, se estimó que alrededor de 171 millones de personas eran diabéticos en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030. (Elvira Bonilla Toyos).

Etapas de la DM

La DM se entiende como un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes. La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo.

Estas etapas son:

A. Normogluceemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.

B. Hipergluceemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:

a. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa).

b. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:

1. DM no insulino-requiriente
2. DM insulino-requiriente para lograr control metabólico
3. DM insulino-requiriente para sobrevivir (verdadera DM insulina-dependiente).

Una vez identificada la etapa, la persona puede o no progresar a la siguiente o aun retroceder a la anterior. Por el momento no se dispone de marcadores específicos y sensibles para detectar la DM2 y la DMG en la etapa de normogluceemia.

La detección de DM1 en esta etapa se basa en la combinación de análisis genéticos e inmunológicos que todavía se restringen al nivel de investigación clínica. Las etapas que le siguen se refieren al estado de hipergluceemia que se define con base en los criterios diagnósticos de DM.

La distinción del paciente no insulino-requiriente (NIR), insulino-requiriente para control (IRC) e insulino-requiriente para sobrevivir (IRS) se basa en la apreciación clínica, aunque existen algunos indicadores de falla de la célula beta como la falta de respuesta del péptido de conexión (péptido C) a diferentes estímulos. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2000).

Factores de Riesgo.

Se definen como factores de riesgo para la Diabetes tipo 2

- Personas mayores de 40 años
- Obesidad
- Antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado de consanguinidad
- Mujeres con antecedentes de hijos macrosómicos (más de 4Kg ó 9 libras)
- Menores de 50 años portadores de enfermedad coronaria
- Dislipidémicos
- Pacientes con hipertensión arterial.

Diagnósticos.

La toma de la glucemia es el método utilizado para la detección temprana de la Diabetes en los diferentes grupos de población.

Glucemia plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl (>7 mmol/L) en más de dos ocasiones. Ayuno se define como un periodo sin ingesta calórica por lo menos de 8 horas y máximo de 12 horas.

Glucemia 2 horas postprandial igual o mayor de 200mg/dl (11.1mmol/L) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá practicarse según los criterios de la OMS usando una carga de glucosa equivalente a 75gr o 1.75 gramos x kg de peso de glucosa anhidra disuelta en agua.

Glucemia $>$ de 200 mg/dl (11.1mmol/l) a cualquier hora del día con presencia o ausencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliuria, polidipsia, pérdida de peso. Se define como cualquier hora del día la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

En niños el debut de la diabetes generalmente es agudo, con síntomas muy marcados, por lo que una glucemia casual o de ayuno es suficiente para el diagnóstico; rara vez se requiere una prueba de tolerancia a la glucosa oral, en cuyo caso se administran 1.75 gramos de glucosa por kilogramo de peso sin exceder los 75 gramos.

Es importante tener en cuenta el concepto de HA (hiperglicemia de ayuno o glucemia de ayuno alterada) y de IHC (Intolerancia a los hidratos de carbono) ya que estas pueden preceder al desarrollo de la diabetes manifiesta y deben ser manejadas con un criterio preventivo. La glucemia en ayunas mayor de 110mg% y menor de 126 mg% se considera como HA; al realizar la Curva de Tolerancia la Glucosa Oral (CTG) con 75 gramos si la glucemia es mayor de 140mg% pero menor de 200 mg% se considera como IHC.

Tratamiento.

El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posibles.

Por una parte la adquisición de un hábito alimenticio adecuado que le permita disminuir peso, cuando haya sobrepeso u obesidad, o mantenerlo, cuando este sea normal, y por otra, el incremento de la actividad física con los beneficios que esto conlleva, son dos de los pilares fundamentales en que se basa el tratamiento de la diabetes.

En la actualidad el tratamiento de diabetes tipo 2 tiene unas metas de control metabólico muy claras y estrictas, tendientes a evitar el desarrollo de complicaciones micro y macroangiopáticas.

- Complicaciones de diabetes mellitus

1. Complicaciones agudas

Estas son de dos tipos:

a) Propias de la enfermedad. Son de naturaleza metabólica, potencialmente reversibles aunque pueden llevar al óbito. Comprenden la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetósico.

b) No exclusivas que abarcan el síndrome de hipoglucemia (en relación con la medicación antidiabética), la acidosis láctica (instalada en diabéticos con complicaciones crónicas que favorecen su aparición) y los accidentes vasculares encefálicos (desarrollados en pacientes con macroangiopatía diabética previa).

2. Complicaciones crónicas. Estas son:

a) Neuropatía.

Las neuropatías diabéticas son un grupo heterogéneo, afectan diferentes partes del sistema nervioso y se presentan con diversas manifestaciones clínicas. Pueden ser manifestaciones clínicas focales (un solo sitio) o difusas.

b) Enfermedad vascular periférica.

Es un trastorno de la circulación lento y progresivo. Incluye todas las enfermedades en cualquiera de los vasos sanguíneos fuera del corazón y las enfermedades de los vasos linfáticos (las arterias, las venas o los vasos linfáticos). Los órganos que reciben el suministro de sangre a través de estos vasos, como el cerebro, el corazón y las piernas, pueden dejar de recibir un flujo sanguíneo adecuado para su funcionamiento normal. Pero las piernas y los pies son las partes más frecuentemente afectadas, de ahí su nombre: enfermedad vascular periférica.

c) Pie diabético.

La OMS define el síndrome de pie diabético como la ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociados a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad arterial periférica. /Se estima que el 15% de los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en la extremidad inferior durante el curso de su enfermedad. Varios estudios poblacionales indican una incidencia acumulativa anual de úlceras de pie en diabéticos en 0.5% a 3% y la prevalencia se calcula en un 2% a 10%. /FOOT DISORDERS La neuropatía periférica, las deformidades óseas, el mal control glicémico, la duración de la diabetes y ser del sexo femenino son algunos de los factores contribuyentes para la formación de las úlceras del pie diabético. Su trascendencia está dada por el elevado porcentaje de amputaciones que implican. La diabetes continúa siendo la causa subyacente más frecuente de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores en países de Europa y EEUU aportando hasta el 60% de las mismas.

Cuando un enfermo diabético desarrolla una úlcera en el pie, ésta tiene en principio limitadas probabilidades de cicatrizar con facilidad; más de infectarse y que esta infección difunda y que, con relativa facilidad, conduzca a una gangrena que suponga finalmente la amputación. Infección del pie diabético: El desarrollo de infecciones es multifactorial. A la predisposición de los enfermos diabéticos a desarrollar úlceras de causa neuropática y a la propia macroangiopatía, se asocia, como consecuencia de las alteraciones metabólicas, la alteración de la flora microbiana de origen endógeno y el descenso en la eficacia de los mecanismos de resistencia a la infección.

d) Retinopatía.

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. (Julio, Rodrigo. Universidad de Chile.)

Enfermedad y Sociedad.

Una de las formas de aproximación a esta visión la constituye el estudio de las representaciones sociales. Estas son entendidas como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal.

Las concepciones sobre la salud y la enfermedad en general sobre algún tipo de padecimiento específico, como es el caso de un padecimiento crónico; condicionan los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá. Además, las representaciones sociales sobre los padecimientos deben estar necesariamente referidas a la estructura social, debido a que están marcadas por las condiciones y el contexto en el cual emergen. Asimismo, por las comunicaciones a través de las cuales circulan, y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás. Lo anterior lleva a considerar tres condicionantes de las representaciones sociales: el contexto estructural de los actores sociales, el género de pertenencia y las fuentes de información sobre las cuales se conformará el tipo de representación.

La diabetes mellitus se representa, como el "tener azúcar", "lo que enferma la sangre para toda la vida". Se hace referencia, además, a la condición de la sangre como "contaminada de azúcar, sangre pesada, sangre infectada o enferma". La sangre en estas condiciones es un vehículo de trastornos a la salud, que en su paso por el cuerpo va afectando órganos y capacidades del organismo por entero. En la representación social de la diabetes mellitus existe una multiplicidad de factores, los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento desde el punto de vista de los enfermos. Se presenta a la enfermedad como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

De la misma forma la representación social de los efectos, presenta una visión global del padecimiento. Los ámbitos afectados son múltiples: en la familia, lo laboral, lo económico, social y emocional. En la representación social sobre el control del padecimiento confluyen elementos de tipo espiritual, físico, emocional, laboral, social, tratamiento médico y no médico principalmente a través de los remedios. Por último la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre éstos se destacan el control de la dieta y el peso corporal. Otros factores causales de la diabetes mellitus, como las emociones negativas y la decisión de Dios, no son considerados evitables, pero sí controlables. Mientras que los factores causales de herencia y el ambiente social no pueden ser evitados ni controlados.

El contexto social y cultural matiza las representaciones sociales de la diabetes mellitus, así inmersas en su cotidianidad. Las personas desarrollan formas de conducta que ellos califican de positivas o negativas para su salud.

La idea de la "*incurabilidad*" de la diabetes mellitus, y la intervención de Dios o de un milagro es indispensable. Se considera que el estar "*controlado*" o sin manifestaciones atribuibles al padecimiento, puede equipararse al estar curado. Es como si al lograr este equilibrio, se tuviera un estado de armonía y tranquilidad similar a la curación.

La aceptación o rechazo de la enfermedad se maneja en un continuo, en uno de cuyos extremos se encuentra una situación de aceptación resignación y por el otro de un rechazo de tipo activo o pasivo. En el extremo de aceptación resignación se encuentra a las personas mayores y con más años de padecer diabetes mellitus. En el otro se tienen a personas más jóvenes, sobre todo en el caso de los hombres, quienes manifiestan un tipo de rechazo activo, mientras que el rechazo que manifiestan las mujeres es de tipo pasivo.

Las representaciones sociales de la causalidad diferenciadas de acuerdo al género, tiene que ver con las condiciones de vida de las personas afectadas. Los hombres destacan los aspectos de la vida social, específicamente los relacionados con el trabajo y situaciones inesperadas ocurridas en la vía pública. Perciben en general más efectos de la diabetes mellitus sobre su vida, tal vez porque llega a dificultar su desempeño en lo que respecta al trabajo, en su rol de proveedor de la familia o al aspecto físico de fortaleza. Manejaron una variedad amplia de tipos de cursos de la enfermedad, afectando más áreas de su vida.

Las representaciones sociales de las mujeres sobre causalidad se encuentran en relación con la vida doméstica, su entorno familiar y los problemas propios de este medio. Tiene una estrecha relación con el entorno inmediato de las personas, que de alguna forma establece las prioridades en cuanto a la forma en que éste llega a afectar la salud. Resaltan las esferas físicas y emocionales pero mientras la enfermedad no afecte seriamente el aspecto físico, pueden continuar cubriendo las actividades comprendidas dentro de su rol social. Las manifestaciones emocionales, son referidas en mayor medida por personas del sexo femenino. Lo que lleva a cuestionar, si las mujeres al atribuir dichas manifestaciones a la enfermedad, pudieran tener una forma de ganancia secundaria al legitimar socialmente manifestaciones emocionales negativas o no aceptables en mujeres aparentemente sanas.

Las representaciones sociales sobre el futuro o proyecciones, muestran una variedad de perspectivas. Las mujeres tienden hacia una visión más negativa, en cambio los hombres destacan más una visión positiva que incluye la imagen de lucha activa contra la enfermedad, a través de cuidados y por el apoyo de Dios. Las representaciones sociales anticipatorias o proyecciones de futuro, tienen influencia en la forma de vida posterior de las personas, al punto de llegar al caso de cumplir la función de profecías de auto cumplimiento. Así, algunas de las personas que indicaron que sólo estaban esperando la muerte, ya han muerto.

El papel de Dios, en la representación del padecimiento tiene un lugar destacado para las personas enfermas con diabetes mellitus, es considerado en las categorías de causalidad, control y curación. Se enfoca a la voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo con relación a la atención de su enfermedad. Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones.

La consideración del rol de Dios como un agente del control de la enfermedad, muestra diferencias de acuerdo al sexo de las personas, ya que las mujeres presentan un papel de exigencia activa que se establece a través de los rezos y las peticiones específicas de ayuda. Mientras que la representación de los hombres es de un rol más pasivo, en el cual sólo basta tener fe y creer en Él para ser sujetos depositarios de ayuda. (Torres-López, Sandoval Díaz, & Pando Moreno, 2005)

Características específicas de la diabetes que dificultan el proceso de adaptación

Diversas características y peculiaridades propias de la diabetes inherentes a su forma de aparición y al efecto social que suponen, hacen que el posible impacto psicológico de la enfermedad y la posterior adaptación puedan adquirir matices muy distintos.

La evidencia de sufrir la enfermedad se presenta súbitamente y es frecuente que el paciente se encuentre ante una enfermedad la existencia de la cual ni tan siquiera sospechaba. El estigma social que supone «ser un enfermo», sentirse diferente y ser tratado como tal, puede ser uno de los factores psicológicos más relevantes, especialmente en el caso de las personas más jóvenes.

Tras el diagnóstico, el paciente se encuentra con que su vida ha cambiado en numerosos aspectos, que ciertas rutinas a las que normalmente nadie presta atención son ahora para él o ella motivos de atención constante; que debe incorporar un complicado sistema de tratamiento en el cual sus principales componentes -dieta, medicación, ejercicio no son fijos ni se mantienen en un programa constante, sino que dependen en gran parte de su propio control y consideración; y que debe vencer una cantidad importante de temores y preocupaciones (debe empezar a pincharse, debe afrontar la aparición de reacciones hipoglucémicas y se preocupa por el impacto de la enfermedad sobre sus planes futuros).

Simultáneamente debe aprender a comer de un modo distinto, a adecuar su actividad física y a observar el funcionamiento de su organismo a través de las señales de su cuerpo. Y lo que es más importante, debe aprender a tomar decisiones «sobre la marcha», combinando todos los elementos y las habilidades que haya aprendido en el curso de educación diabetológica en que se le ha formado sobre las posibilidades y limitaciones de la nueva realidad.

Además, la diabetes también supone cambios importantes en otros ámbitos de la vida del paciente:

- Cambios profesionales: desde la perspectiva laboral, algunos trabajos se pueden considerar incompatibles con la enfermedad. La mayoría de las personas sienten el dilema de si deben informar o no de su condición de diabético. Cuestionan los riesgos potenciales de esta información.

- Cambios familiares: la diabetes también afecta la vida familiar. Cuando un niño recibe el diagnóstico de diabetes, la reacción de la mayoría de los padres tiende a la sobreprotección. Algunos adultos, de forma inconsciente o consciente, manipulan a su familia para conseguir

ventajas como resultado de su enfermedad. En el caso de los maridos o las esposas, pueden no aceptar la diabetes de su pareja, o por el contrario, asumir el rol de guardianes controlando y prohibiendo constantemente.

- Cambios sociales: las restricciones causadas principalmente por los horarios o la alimentación, la incomodidad de pincharse la insulina fuera de casa o el miedo a tener una hipoglucemia en público, son problemas que con frecuencia las personas diabéticas deben afrontar en su vida social. En general, la población tiene poco o ningún conocimiento de este tipo de reacciones y como consecuencia se puede provocar situaciones delicadas que pueden afectar las relaciones sociales y de convivencia de los diabéticos.

- Cambios económicos: a pesar de la fortuna que supone vivir en un país donde la atención sanitaria es gratuita y universal, hay gastos que las personas con diabetes tienen que asumir, aunque sea parcialmente, como son los derivados del uso de fármacos, las tiras reactivas, el aparato para la glucemia capilar, las lancetas, los zapatos, las plantillas, etc. También las cuotas de los seguros de orden privado pueden aumentarse, o es posible que estas entidades simplemente no acepten al cliente si especifica su condición de diabético. (Digón, 2007)

Autoconcepto y Autoimagen

Concepto de sí mismo. Consciencia de “uno” como ser individual que se adquiere por un proceso evolutivo físico y psíquico. Juntos forman un mismo proceso.

Imagen corporal: La percepción del propio cuerpo, las reacciones de otros a su apariencia, y el resultado de las reacciones de otros al yo.

Autoconcepto: Conjunto de creencias y sentimientos que se tienen respecto de uno mismo en un momento dado. Está formado a partir de percepciones, particularmente de reacciones ajenas, y dirige el comportamiento de la persona. Sus componentes tienen que ver con las sensaciones y la imagen corporal, la identidad personal, constituida por la coherencia con uno mismo, el propio ideal o expectativa, y la identidad moral y ética.

Autoestima: Valor que cada persona tiene por y hacia sí mismo. El nivel de autoestima potenciará o no la capacidad para el desarrollo de habilidades y la frustración o satisfacción.

Teoría de adaptación

Es vista como un proceso de cambio da una solución perfeccionada a sus enfermedades, es decir, convertirse en una persona adaptada a pesar del entorno en que se encuentra, para Roy la salud es un continuum variable en cada persona, sana-enferma, en el que el trabajador de la salud fortalece los comportamiento positivo y cambia los comportamiento negativo a través de proceso de cuidado, manipulando los estímulos.

El aspecto central de Callista Roy es la adaptación. Existen dos subsistema interno básico o mecanismo para lograrlo, son el funcional o de proceso de control, constituido por el regulador y el cognitivo. El regulador recibe y procesa los estímulos cambiantes del ambiente externo y del ser interno a través de canales neural-químico-endocrino; produce reacciones automáticas o inconscientes sobre órganos y tejidos, que tienen efecto sobre la repuesta del cuerpo y sirve como realimentación. El cognitivo recibe los estímulos internos variables que involucran los factores psicológicos y sociales.

El subsistema secundario o efector formado por los cuatro modo de adaptación son: Fisiológico, Autoconcepto, Desempeño de roles, interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de los trabajadores de la salud implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en la intervención de los cuidados deben ser consiente, responsable y activa del personal de la salud y el paciente, esto afecta los fenómenos de adaptación por producción de tensión,

El autoconcepto es formado por las percepciones interiores y percepciones de otros, el autoconcepto dirige la conducta, el modo de autoconcepto para los enfoques individuales específicamente para los aspecto psicológico y espirituales para el sistema humano, identifica la necesidad básica que está debajo del modo de autoconcepto como integridad síquica y espiritual, la necesidad de saber quién es uno para que uno pueda ser o pueda existir como un sentido de unidad y significado, la integridad síquica y la dimensión relacionada de integridad espiritual, son básica para la salud.

Los problemas de adaptación en esta área pueden interferir con la habilidad de la persona para sanar o hacer lo que es necesario para mantener otro aspecto de salud.

El modo del autoconcepto del modelo de adaptación de Roy tiene dos componentes: el yo físico, que considera el cuerpo como sensaciones o imágenes corporales y el yo personal, e integra la autoestima comprendida del yo consiente, yo ideal y el yo espiritual ético moral, lo conceptualiza de la siguiente manera:

- yo físico: la apreciación de la persona de su propio ser físico, incluyendo atributo físico en funciones sexualidad, la salud y la enfermedad presente, y apariencia; incluye los componentes de imagen del cuerpo y sensación del cuerpo.
- Imagen del cuerpo; forma en como uno se ve así mismo físicamente y la vista del yo, su apariencia personal.
- Sensación del cuerpo; cómo se siente la persona y experiencia del yo como un ser físico.
- Yo personal; la apreciación del individuo de las propia característica del yo interno, lo que yo sé que soy, va implícita la autoestima, expectativas, valores, e incluso el yo consiente, yo ideal, el yo moral-ético-espiritual.
- Autoestima; la percepción del individuo del valor que se tienen de sí mismo, es un aspecto penetrante del yo personal. Es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo este va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El nivel de autoestima de una persona se refleja en autoconcepto.
- Autoconsistencia; la parte del mismo componente personal que se esfuerza por mantener una misma organización y consistente y evitar desequilibrio; un ideas del sistema organizado sobre el yo.
- Yo ideal; ese aspecto de mismo componente personal que relaciona lo que a la persona le gustaría ser o sería capaz de hacer.
- Yo moral-ético-espiritual; ese aspecto del yo personal que incluye un sistema de creencia y valores, quien es uno respecto al universo. (Salgado Vivero & Díaz Guerrero, 2004).

El nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido;

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en

una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO₂ elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivos, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona. (Gpo de estudio para el desarrollo de adaptación. Facultad. Enfermería. Universidad. La Sabana, 2002)

Consecuencias psicológicas del fracaso adaptativo ante la diabetes

Todas las modificaciones que impone la diabetes en la vida de un individuo se producen de un modo muy rápido y requieren un gran esfuerzo de adaptación, es decir es preciso que la persona afectada y los que le rodean pongan en marcha los mecanismos psicológicos necesarios para acomodarse al nuevo contexto vital.

Aunque en términos generales la gran mayoría de las personas diabéticas se adapta a su nueva vida, en un número determinado de casos los mecanismos de adaptación fallan y el sujeto desarrolla algún tipo de problema psicológico durante el proceso: estos problemas pueden

empeorar la evolución de la enfermedad, y la mala evolución de la enfermedad produce más problemas psicológicos, estableciéndose así un círculo vicioso.

Los problemas de índole psicológica que podemos observar con más frecuencia cuando fallan los mecanismos de adaptación en el caso de la diabetes son los estados de ansiedad, los estados depresivos y los trastornos de la conducta alimentaria

La ansiedad provoca con frecuencia que la enfermedad se convierta en una auténtica obsesión para el paciente, pasando a ser el centro de su vida y sacrificando por ella muchas otras cosas. El paciente se siente inseguro, tiene muchas dudas sobre cómo manejar la enfermedad, le cuesta tolerar la incertidumbre de algunas situaciones, necesita comprobar reiteradamente su estado y sus actos. Resumiendo, la persona se ve desbordada por la enfermedad, y cuanto más intenta controlarla, menos lo consigue.

Los estados depresivos

En algunos individuos los síntomas depresivos son la manifestación más importante de que el proceso de adaptación no se ha realizado correctamente. La depresión provoca que el paciente se sienta con menos fuerzas para afrontar su vida cotidiana, con todo lo que esto comporta respecto al seguimiento de prescripciones médicas, dieta y otras formas de autocuidado.

Los trastornos de la conducta alimentaria

Estas alteraciones aparecen con cierta frecuencia cuando se inicia el tratamiento de la diabetes, y este hecho resulta inquietante dadas las complicaciones específicas que pueden generar debido a las conductas que ocasionan. No olvidemos que la diabetes reúne unas características que pueden funcionar como factores que predispongan, desencadenen o mantengan alteraciones de la conducta alimentaria en personas vulnerables:

- Necesidad de controlar la dieta toda la vida
- Necesidad de controlar el peso
- Incremento de peso rápido al iniciar el tratamiento
- Presión de la familia en torno a la comida

En la población diabética, al igual que ocurre en la población general, los trastornos de la conducta alimentaria son mucho más prevalentes entre las mujeres jóvenes que entre los hombres. No

obstante, y también en paralelo con la evolución que están teniendo estos trastornos en la población general, cada vez se detectan más casos entre los hombres jóvenes. (Digón, 2007)

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio.

Descriptivo de corte transversal.

6.2. Área del estudio.

El estudio se realizó en la consulta externa del Hospital de Juigalpa Chontales, localizado en el sector sur de la cabecera departamental. Siendo el único Hospital de la región, atiende a todo el departamento de 14 municipios y parte de Río San Juan, cuenta con las especialidades de; Ginecología, Pediatría, Medicina interna, Odontología, Dermatología, Psiquiatría, Psicología, abarca los programas de VIH, TB, Chagas, Todos con voz, Planificación familiar, y seguimientos de CPN y atención al parto, también a dispensarizados de enfermedades crónicas. Tiene un área de epidemiología, tienen una cobertura de 60,152 habitantes con un promedio de consultas de 1560 consultas mensuales. (MINSA - Hospital Regional La Asunción de Juigalpa Chontales, 2015)

6.3. Universo.

Fueron todos los pacientes que padecían de Diabetes Mellitus Tipo, 2 diagnosticada. Y que al momento del estudio se encuentren en los registros de la institución como pacientes subsecuentes del programa de dispensarizado por esta enfermedad en total hay 170 pacientes. A dicho programa acuden entre 10 - 20 paciente diario con este padecimiento. (MINSA. Programa de dispensarizado, 2015)

6.4 Muestra.

Fue no probabilística por conveniencia, ya que en un inicio el total de pacientes que están en el censo de dispensarizado, son 170, es una cantidad considerada pequeña que no demostró ninguna dificultad para que los investigadores lo incluyeran a todos, pero como se considero los criterios de inclusión y exclusión solo fueron lo cumplían estos criterios 150 pacientes en total.

Criterio de inclusión.

Se incluyeron todos los pacientes que padecían Diabetes Mellitus Tipo, 2, mayores de 15 años, de ambos sexo, subsecuentes al programa de dispensarizados que inclusive tengan otras patologías asociadas, sin distinción de raza, estado marital ni credo religioso, independientemente de los años

que tenga de padecer la enfermedad. Incluyendo solo los que se encuentra de la lista seleccionada. También fueron incluidos lo que aceptaron dar su consentimiento informado.

Criterio de exclusión.

Todos los que no quisieron participar en el estudio, aunque después de explicarle e incluso llenaron el consentimiento informaron desistieron de responder a las preguntas formuladas. También se excluyeron los que no cumplan los criterios de inclusión y lo que no fueron encontrados durante el periodo de estudio.

6.5 Operacionalización de variable

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
Objetivo 1.				
Edad	Cantidad de años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento que fueron entrevistado para el estudio		Años	35 a 40 años 41 a 50 51 a 60 61 a 70
Sexo	Expresión fenotípicas del individuo		Expresión constitución física	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado académicamente establecido según pensum académico en la nación. o el hecho de no haber estudiado		Nivel escolar	Primaria Secundaria incompleta Bachiller Universitario
Ocupación	Desempeño diario establecido por una persona que suele requerir esfuerzo físico o mental		Desempeño señalado	Ama de casa Comerciante CPF Jubilado Otras
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a la convivencia con otra		Situación de convivencia	Casado /a Soltero /a Unión Estable Divorciado /a Viudo /a
Procedencia	Lugar donde vive en las comunidades reconocida del municipio de Juigalpa y en relación a la urbanización		Comunidad o comarca que la población afirma acudir	Urbano Rural El Santuario Comarca San Antonio La virgen María Morenita

Tiempo de Padecer de DM	La Cantidad en año desde que fue diagnosticado de DM por presentar niveles alto de Glicemia		Años	Otras 1 a 3 años 4 a 10 11 a 16 17 a 21 22 a 28
Promedio de niveles de Glicemia	Cantidad de e ultimas muestra glucosa sanguínea que se demuestra resultados de examen de laboratorio que mide la proporción en mg sobre dl.		mg/dl	60 – 110 mg/dl 111 – 120 121 – 140 141 – 160 161 – 180
Controles de su enfermedad	Citas subsecuente o iniciativa voluntaria en consenso para ser valorado mensualmente por problema de diabetes		Identificación en tarjeta de cita	Si No A veces
Ultimas Patologías presentada	Enfermedades producto de complicaciones de su DM		Patologías señaladas	Hiperglicemia Pie Diabético Hipertensión Pielonefritis IRA Problemas Oculares Ninguna
Hospitalización en los últimos 3 meses	La afirmación que el pacientes con diabetes en los 3 últimos meses estuvo ingresado por algún problema de salud en la unidad hospitalaria		Afirmación del paciente	Si No
Objetivos 2.				
Autoconcepto	Pensamiento de sí mismo de la persona, proceso evolutivo físico y psíquico, Conjunto de creencias y sentimientos que se tienen respecto de uno mismo en un momento dado.	Autoestima	Crees que tienes gran valor Tienes confianza en los demás Te gusta relacionarte con los demás Es valioso para ti mantener la vida Te aceptan las personas del sexo opuesto Te cuidas físicamente Te sientes aceptado	suficiente bastante regular poco nada

			<p>entre tu familia Te interesa lo que digan los demás de ti Te afecta lo que dice tu familia de ti Comúnmente te afectan los problemas Se le dificulta tomar decisiones Es difícil para ti hablar en público Te enojas fácilmente Te da trabajo acostumbrarte a algo nuevo Es complicada tu vida</p>	
		Imagen Corporal	<p>Eres atractivo / a Te gusta estar siempre arreglado y limpio Es tu cuerpo armonioso Eres cuidadoso con tu apariencia Te gustaría cambiar algo de tu persona Crees que eres una persona muy desarreglada</p>	<p>suficiente bastante regular poco nada</p>
		Yo consiente	<p>Te sientes una persona bien presentada En una reunión deseas atraer la atención de los demás Crees que eres amistoso Consideras que tienes buena salud Crees que eres una persona alegre Te sientes contento con lo que tienes Cuando te propones algo lo logras Eres tranquilo /a Te sientes satisfecho con tus relaciones sexuales Eres una persona inteligente Sientes que estas muy</p>	<p>suficiente bastante regular poco nada</p>

			<p>alto o muy bajo</p> <p>Sientes que estas pasado de peso o que te falta peso</p>	
		Yo ideal	<p>Te sientes contento con lo que eres</p> <p>Estas a gusto con tu sexo (genero)</p> <p>Tienes una familia integrada</p> <p>Estas a gusto con tu edad</p> <p>Tienes una familia feliz</p> <p>Tienes dominio sobre ti mismo</p> <p>Te gusta la opinión que tiene tu familia de ti</p>	<p>suficiente</p> <p>bastante</p> <p>regular</p> <p>poco</p> <p>nada</p>
		Yo moral	<p>Crees que eres una persona decente</p> <p>Las personas que conoces tienen confianza en ti</p> <p>Tratas de mantener una conducta moral adecuada</p> <p>Crees que atiendes a tus padres como debes</p> <p>Te portas de una manera cortés con lo que te rodean</p> <p>Te gusta la manera en que te comportas con los que te rodean</p> <p>Crees que eres una persona mala</p>	<p>suficiente</p> <p>bastante</p> <p>regular</p> <p>poco</p> <p>nada</p>
		Yo ético	<p>sientes que eres honrado</p> <p>Haces generalmente lo que es debido</p> <p>En tu trabajo te comportas de forma correcta</p> <p>Acostumbras a decir mentiras</p> <p>Lo único que te importa es ganar independientemente como lo hagas</p>	<p>suficiente</p> <p>bastante</p> <p>regular</p> <p>poco</p> <p>nada</p>

22 al 25 la sensación corporal, del ítem del 26 al 33 el yo consiente, del 34 al 40 el yo ideal, del 41 al 47 el yo moral, del 48 al 52 el yo ético y del 53 al 57 el yo religioso.

Con una escala de valoración que va del 1 al 5 las preguntas están planteadas de manera positiva, en estas el 5 era el mayor puntaje y fueron: (4, 6, 7, 8, 9, 10 11 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40,42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57) en un total de 42 y el resto de las preguntas, es decir 15 de maneras negativas donde el mayor puntaje era 1, y fueron las siguientes: (1,2,3,5,12,13,14,15,16,18,23,25,41,49,50) la forma de calificar la escala de pregunta fue la siguiente a) nada, 1 b) poco 2 c) regular, 3 d) suficiente 4 e) bastante 5.

Este instrumento esta estandarizado internacionalmente adaptado a la comprensión y al lenguaje más sencillo de nuestra región y se le agrego preguntas que contienen elemento de las características socio demográfica y de salud de un paciente.

Los 57 ítem que contienen el instrumento tiene un puntaje sumatorio mínimo de 57 y máximo 285, solo para valorar el autoconcepto que se divide en tres niveles de adaptación manejados por Callista Roy, y son: 1) Adaptativo Comprometido. 2) Adaptativo Compensatorio. 3) Adaptativo Integrado. Determinados en rangos para su calificación y van; de 57 a 133 puntos nivel adaptativo comprometido de 134 a 209 nivel compensatorio y 210 a 285 nivel adaptativo integrado.

Se correlaciono el nivel de adaptación con las condiciones que valora el estado de salud actual de los paciente de lo que fue informado por los pacientes y corroborado con los datos de los expedientes clínicos de cada paciente.

6.6.3. Validación del instrumento

Para validar el instrumento se requirió al menos un 10% de la muestra prevista que son 20 adultos con diabetes mellitus entrevistarlos. Al valorar el éxito de este se definió para utilizarlo en la entrevistas directa como tal. Se observo que todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria.

La información fue recolectada por los mismos investigadores que en su momento de la atención a estos pacientes dispensarizado. Se espera concluir con la recolección de la información en 30 días.

6.6.4. Procedimientos.

Para realizar este estudio se solicitó la autorización y colaboración por escrito a la dirección del hospital, también se solicitó a los pacientes incluidos en el estudio su colaboración voluntaria y el consentimiento informado que se les dio a conocer a cada uno juntos con los objetivos del estudio. La información brindada fue manejada confidencialmente. Los instrumentos de recolección de la información fueron llenados por las mismas personas que se seleccionaron para participar en el estudio, en los casos que no sabían leer ni escribir; las preguntas fueron realizadas por los investigadores y escribieron las respuestas. Posteriormente los instrumentos llenados se revisaron exhaustivamente para introducirlo en base de datos electrónica.

6.7. Plan de análisis y tabulación

La información fue procesada electrónicamente por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 21.0 para Windows. Para el proceso del análisis global de los datos se estableció índice de frecuencia para todos los ítems y se construyeron índices sumatorio que permitió identificar los niveles de adaptación de auto concepto, se realizó cruces de variables con las características generales socio demográfico de la población y con las condiciones de salud que presentaban. La información se presentó en tablas y gráficos, usando los programas; Word y Power point para Windows.

6.8. Cruces de Variables.

1. Edad según Nivel de adaptación
2. Sexo según Nivel de Adaptación
3. Escolaridad según Nivel de Adaptación.
4. Ocupación según Nivel de adaptación
5. Estado Civil según el Nivel de adaptación
6. Comunidad según Nivel de adaptación
7. Tiempo de padecer DM según Nivel de adaptación
8. Niveles Promedios de Glicemia según Nivel de adaptación
9. Últimas Complicaciones según Nivel de adaptación

6.9. Aspectos éticos de la investigación.

La información recolectada es utilizada con fines solo investigativos y académico, señalamos que se tomo en cuenta el consentimiento informado por escrito. Los datos obtenidos se mantienen íntegros como lo expusieron los adultos. Cabe destacar que la entrevista fue anónima, los resultados se darán a conocer a las autoridades de salud del SILAIS Juigalpa para que contribuya de alguna manera en mejorar el acceso y las problemática de salud encontrada en esta población de estudio.

VII. RESULTADOS.

Los pacientes entrevistados que acudieron por seguimiento al programada de dispensarizado demostraron que el 52.0% eran femeninas y en relación al total el 39.3% tenían edades de 51 a 60 años, teniendo el 42.0% un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y refirieron el 34.0% ser ama de casa y el estado civil de 75.3% de eran casados. La mayoría procedían el 19.4% de; El Santuario y 12.7% de la comarca San Antonio pero el mayor porcentaje de la población entrevistada el 89.3% eran del área urbana.

Al investigar la condición de salud actual de los pacientes con DM tipo 2. El 52.7% tienen de padecerla entre 4 a 10 años y el 28.0% tienen 11 a 16 años. El promedio de Glicemia de las últimas 3 tomas de muestra, revelaban que 55.3% tenían 121 a 140mg/dl. La mayoría el 94.7% refirió que acuden al control de su problema de DM a veces. Las ultimas complicaciones que refirieron haber padecido 12.0% fue hiperglucemia y Pie Diabético, otro grupo de 58.0% no han presentado ninguna. El 38.0% de los participantes dijeron tener hospitalización en los últimos 3 meses por problema de la Diabetes. (Ver tabla 2).

De los elementos para valorar la Autoestima y el Auto concepto encontramos que tienen suficiente y bastante gran valor según el 77.3% de los entrevistados y este mismo concepto refiere el 78.6% que es valioso para ellos mantener la vida. De la imagen corporal 30.6% sienten nada o poco atractivo y solo el 36.6% suficiente y bastante se cuidan con su apariencia.

En cuanto al yo consciente el 62.6% se sienten contentos con lo que tienen de manera bastante y suficiente y el 50.6% siente poco o nada ser una persona bien presentada. El 56.0% perciben regularmente que tienen buena salud y satisfecho de sus relaciones sexuales. (Ver tabla 3).

Otros elementos positivos del auto concepto demuestra que el yo ideal el 78.0% creen que tienen una familia integrada y el 77.3% reafirma que tienen una familia feliz de manera suficiente y bastante. Y de manera regular el 46.6% le gusta la opinión que tienen de ellos. El 64.0% de manera poco o nada se sienten contentos con lo que son.

El yo moral; el 78.0% creen que son personas decente y tratan del mantener una conducta moral adecuada y el 73.3% sienten que las personas que conocen confían en ellos. El yo ético que mas sobresale 79.3% sienten que son honrados de manera suficiente y bastante y nada o poco el 86.0% lo único que les importa es ganar independientemente como lo hagan.

El yo religioso; El 72.0% se sienten satisfecho de la relación con Dios, el 70.0% están a gusto de su vida religiosa. Pero el 16.0% afirmaron nada o poco mantienen relación con Dios. (Ver tabla 4).

De los elementos negativos que corresponde a la Autoestima nada o poco el 57.3% les interesan lo que digan los demás de ellos, el 68.0% suficiente o bastante les afectan lo que dicen su familia de ellos. La parte negativa de la imagen corporal el 74.0% afirmaron nada o poco les gusta cambiar algo de su persona. El yo consiente de los que señalaron suficiente y bastante el 32.6% siente que están muy alto o muy bajo y el 15.3 de igual manera están pasado de peso o le falta peso. El 12.6% de los entrevistados tenían suficiente y bastante la creencia que son personas mala el 10.6% tienen suficiente y bastante costumbre a decir mentira. (Ver tabla 5).

Se logro determinar el nivel de adaptación de los pacientes con DM y hay un predominio de 91 pacientes que corresponde al 60.6% que están en un nivel adaptativo compensatorio, al compararlo con las características generales, vemos que las mujeres son mas y son el 34.6% las que están en este nivel, mientras que 22.0% de los hombres presenta un nivel adaptativo integrado. De los pacientes que tenían un nivel adaptativo compensatorio 26.0% estaban entre las edades de 51 a 60 años pero 14.6% de los que tenían un nivel adaptativo integrado tenían edad de 61 a 70 años.

De acuerdo al nivel de escolaridad los pacientes que tenían primaria el 25.3% el nivel de adaptación era adaptativo compensatorio, mientras que los de secundaria incompleta 17.3% era un nivel adaptativo integrado. Como se conoce que el mayor grupo de mujeres es ama de casa, sobre sale que el 22.0% su nivel es adaptativo compensatorio y en este mismo nivel se encuentra el 46.6% de los que tienen estado civil casado y el 52.6% de los procedentes del área urbana. (Ver tabla 6).

De acuerdo a las condiciones de salud en el momento de la entrevista observamos que al compararla con el nivel de adaptación del 35.3% de los participantes en el estudio era compensatorio en relación a tener 4 a 10 años de padecer la enfermedad y se reconocer que al padecerla más de 20 años de diabetes el 2.6% era adaptativo integrado.

Los pacientes con niveles promedios de glicemia mayor de 120mg/dl el 32.0% presentan un nivel adaptativo compensatorio, aunque se observa que el 8.0% de los que tienen entre 141 a 160mg/dl su nivel de adaptación es integrado. De los que refirieron que a veces acuden a controlarse su enfermedad 58.0% el nivel adaptado compensatorio era prevaleciente.

Se identifico que el 23.3% de los pacientes que no han tenido ninguna complicación tienen un nivel adaptativo integrado pero hay quienes no han tenido complicaciones y el 34.6% el nivel adaptativo es compensatorio. El 8.6% de pacientes con Pie Diabético su nivel es adaptativo compensatorio.

El 25.3% de los que no han tenido hospitalizaciones en los últimos 3 meses tienen un nivel adaptativo integrado y el 24.0% de los que sí han tenido hospitalizaciones tienen un nivel adaptativo compensatorio. (Ver tabla 7).

VIII. DISCUSIÓN

El grupo de pacientes con DM que tenían entre 35 a 40 años que participaron en el estudio realizado, representa la proporción de personas más jóvenes que se controlan en la unidad hospitalaria, debido a la frecuencia de inicio en que aparece la enfermedad y lo identifican oportunamente, puede estar sucediendo que aun hay muchas personas de esta edad que no saben que padecen la enfermedad, como lo menciona la OMS que muchos se dan cuenta que padecen de DM adicionado a una complicación. Mientras que el grupo de los mayores de 71 años que también representados por unos poco, puede deberse al menor número de población que han alcanzado el límite de la esperanza de vida que tiene las personas en Nicaragua o bien puede deberse a la falta de control de seguimiento que necesitan la compañía de otro miembro de la familia o el simple cambio epidemiológico; que no es la población de adulto después de los 70 los que más padecen la enfermedad.

A esto se debe que en los estudio sobre esta problemática quienes más acuden son poblaciones que aun son independiente que pueden valerse autónomamente y que reconocen a la DM como un problema de salud que debe ser tratado.

También es importante reconoce que casi siempre en estudios que participan hombre y mujeres, la mayoría de este último grupo son las que tienen más afluencia a las unidades de salud asistencia y esto es producto de ser las que están más al cuidado de la salud de ellas misma y de la familia, además de eso el grupo de ama de casa predominantemente y por la proximidad a la unidad asistencia son los grupos del área urbana los que más llegan al hospital.

El control por el padecimiento de la diabetes, quienes más acude a la unidad, es el grupo que tienen 4 a 10 años de antecedente de padecerla, es probable que después de cuatro años hayan aparecidos síntomas grave de descompensación y en el transcurso de 10 la persistencia de daños que son irreversible que es consecuencia de encontrar niveles de glicemia promedio por encima de 120mg/dl aun en esta población no es marcadamente prevalente, todo esto es producto de un mal control o secuencia de una falta de interés todo el tiempo de su salud.

De acuerdo a esta cifras de glicemia, la población que padece diabetes diríamos que están vulnerable a presentar complicaciones fácilmente, lo que no corresponde con la historia de estos pacientes que se conoce que más de la mitad de los entrevistado no han tenido ninguna complicación ni han estado internado, no corresponden con el número de individuo que demostró

adaptación compensatoria. Puede ser que el individuo maneje una falta percepción de haberse curado de la enfermedad por no manifestar sintomatología y tener, cifras altas por los malos hábitos alimentarios que es lo más común cuando las cifras no mejoran.

El hecho que la gran mayoría presenta niveles por encima de lo normal establecido, y el poco tiempo de padecerla, se piensa que muchos cursan con la segunda etapa del proceso patológico, lo que concuerda con el hecho de encontrar en la mayoría también una adaptación compensatoria que refiere que los mecanismo reguladores y cognitivos se activan como un reto de los procesos integrados para buscar repuesta adaptativa procurando restablecer la organización del sistema, esto debido a que hay pocos de los que han manifestado complicaciones y hospitalizaciones a pesar de cifras alta de glicemia.

Todas las modificaciones que impone la diabetes en la vida de un individuo se producen de un modo muy rápido y requieren un gran esfuerzo de adaptación, es decir es preciso que la persona afectada y los que le rodean pongan en marcha los mecanismos psicológicos necesarios para acomodarse al nuevo contexto vital. Aunque en términos generales la gran mayoría de las personas diabéticas se adapta a su nueva vida, en un número determinado de casos los mecanismos de adaptación fallan y el sujeto desarrolla algún tipo de problema psicológico durante el proceso como ansiedad depresión y trastorno de la alimentación, la persona se ve desbordada por la enfermedad y cuanto más intenta controlarla meno lo consigue, y uno de los más difíciles es el desorden de alimentación que lo viven principalmente las mujeres y los hombres jóvenes.

Un hecho muy importante que puede interferir en la psiquis del individuo es la falta de educación a los problemas sentidos algo que en Nicaragua, el sistema de salud no tiene mejores estrategia para condicionarle elementos a los pacientes dispesarizado para poder enfrentarlos ni mucho menos el sistema de educación orienta la formación para la vida.

Al analizar cada uno de los elementos positivo y negativo para definir el auto concepto no todo reafirman que tienen gran valor su vida o que sea valioso mantenerse con vida, les afecta lo que dicen su familia de ellos, según el modelo de Callista Roy llama mucho la atención si el individuo sienta desapego por su vida y a la vez que se sienta presionado por que la familia se convierta en su cuidador elemento que contribuye a la imposibilidad de alcanzar aun adaptación integrada por los niveles de tensiones que padece como un circulo vicioso mayor ansiedad menos adaptación a la enfermedad.

No es una casualidad el encontrar dentro de los elementos positivos del autoconcepto afirmaciones reiteradas por un pequeño porcentaje de paciente, que sea el reflejo de demostrar niveles de glicemia alto y un nivel de adaptación compensatorio, cada pregunta sobre su condición personal se desestima y lo relacionado a tercera persona o la familia se realiza más; tener una familia feliz e integrada o que los demás confían en ellos, que son decentes, que atiende a sus padres y de una buena relación con Dios, los porcentajes son mayores más que decir que tiene dominio sobre sí mismo que se siente arreglado atractivo y que quieren llamar todo el tiempo la atención. Pareciera un nivel de otorgarle prebenda su tercero que sentirse aceptado ante su condición, que no ha podido cambiar, que son los estilos de vida desde antes de tener la enfermedad, también el hecho de sobrevalorarse como un ser protector de la familia más que de él mismo.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población es de procedencia urbana que no se puede identificar si es ventajoso o no para la adaptación de los pacientes con DM. Pero hay otros elementos sociales sobresalientes que sí ponen en desventaja a la población estudiada; tal es el hecho que la mayoría es de nivel escolar bajo y ama de casa, que se controla a veces su problema de salud.
2. La condición de salud actual que manifestaron muchos demostró niveles de glicemia alto, más de lo normal pensando en la posibilidad que los pacientes están en la etapa 2 de la enfermedad. Sin embargo no han tenido complicaciones ni han sido hospitalizados, durante el periodo de 4 a 10 años que es el tiempo más frecuente que la población en estudio informó.
3. De manera general tanto los elementos positivos como negativos predominan las afirmaciones relacionadas al ambiente donde se desarrolla y con quien; la familia los demás en el trabajo, según la mayoría de los individuos entrevistados, y hay afirmación de subvaloración individual como persona misma consciente de la búsqueda de su bienestar o como debe sentirse, diríamos subvalorada la autoestima, lo que juega un papel fundamental en el sistema de generar tensión que limita alcanzar un sistema de adaptación integrada para la enfermedad.
4. Se determina que el nivel de adaptación según los elementos considerados es el compensatorio en la amplia mayoría de pacientes sin embargo algunos grupos demostraron un nivel integrado como ciertos varones de la población con edad mayor de 60 años, jubilado de estado civil casados.
5. El nivel de adaptación compensatorio está más vinculados a los pacientes que manifestaron cifras de glicemia alterado posiblemente en aquellos que pudieran estar en la etapa 2 de la enfermedad. No podemos señalar que los niveles de glicemias altas sean el mejor indicador para referirse a la falta de adaptación integrada, ya que también los que están en este grupo presentan hiperglucemia pero demostraron tener mejor autoconcepto y autoestima de su persona.

X.RECOMENDACIONES.

A nivel del SILAIS.

1. Mejorar el sistema de seguimiento de cada nueva captación de pacientes con diabetes orientado por los indicadores de mensuales de pacientes nuevos y seguimiento con la obligatoriedad para el sistema de atención primaria y se demuestre su seguimiento en menos de 5 días.
2. Orientar la incorporación del seguimiento de control de los pacientes con diabetes a un equipo multidisciplinario que incluya a la nutricionista y el personal de salud mental, y a la responsa de de docencia que mejores los aspectos de autoestima y auto concepto de cada paciente con DM, a través de convocatorias mensuales.

A nivel de la consulta externa del Hospital

1. General mayor atractivo para el pacientes que se controla en esta unidad siempre que continúe su cita, para que no deje de asistir y que debe de estar basado en la en la realización de todos los exámenes para identificar riesgo de complicaciones y la valoración exhaustiva de su condición de salud.
2. A través de la atención con equipo multidisciplinario en el hospital ayudar a la desmitificación de ciertos elementos que ponen en desventaja que el paciente acepte su enfermedad y no la niegue.
3. Coordinar propuesta para capacitar al personal médico y de enfermería que garantice una atención humanizada y de empatía con el paciente.

A nivel de otras instituciones educadoras en compañía con el MINSA

1. Utilizar la radio local para orientar y dar a conocer sobre la problemática de la DM con cifras locales de complicaciones y de padecimiento, así como revelar la importancia de la identificación de los síntomas y la importancia de la identificación temprana y oportuna.

XI. BIBLIOGRAFIA

- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2000). Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Chile .
- Baéz, S. (2014, mayo 21). Diabetes se ha convertido en pandemia en Nicaragua. (P. P. Laguna, Interviewer)
- Boulton, A. (2005). https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_368_es.pdf, 50.
- Díaz Oviedo, A., Betancourt Esparza, C., Cheverría Rivera, S., Rodríguez Padilla, M., & González Acevedo, C. E. (2014). Diabetes Mellitus: un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de autoconcepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa* .
- Digón, L. D. (2007). http://www.acdiabetis.org/d_avui/diabavui12.php. Retrieved Octubre , 2015
- Elvira Bonilla Toyos, E. d. (2011, Mayo). <http://www.podocat.com/LinkClick.aspx?fileticket=X4cK0swl484=>. (C. G. Podólogos, Ed.) Retrieved Enero, 2015
- Escorcía, J. G. (2006). Evaluación del conocimiento y auto concepto del programa de dispensarizado que tienen la población que acude por problema de Diabetes Mellitus del centro de salud Jorge Sinforoso Bravo de la Ciudad de Granada de Enero a Marzo del 2006. Granada: UNAN - MANAGUA.
- García, L. A. (2011). Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Tesis Para optar el Título Profesional de Psicóloga , Universidad Nacional Mayor de San Marco .
- Gpo de estudio para el desarrollo de adaptación. Facultad. Enfermería. Universidad. La Sabana. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan , 19 - 23.

- Herrera Lían, A., Andrade H, Y. R., Hernández S, O., & Manrique, J. P. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avance en Enfermería , 39.
- Julio, Rodrigo. Universidad de Chile. (n.d.). http://www.cirurgiahsalvador.cl/ed_continua/temas-de-interes/18-pie-diabetico.html. Retrieved Enero, 2015
- Llanes, L. L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Revista Cubana de Endocrinología .
- MINSA - Hospital Regional La Asunción de Juigalpa Chontales. (2015). Estadísticas vitales para la salud. Juigalpa .
- MINSA. C/S Adán Barrilla Huetes. (2015). Estadísticas Vitales para la Salud . Juigalpa, Chontales .
- MINSA. Hospital Regional Escuela La Asunción . (2014). Estadística Vitales para la Salud. Juigalpa, Chontales : MINSA. Hospital Regional Escuela La Asunción .
- MINSA. Programa de dispensarizado. (2015). Censo de Pacientes Dispensarizados del Centro Salud Adán Barrilla Huetes. Juigalpa, Chontales .
- Salgado Vivero, M., & Díaz Guerrero, R. (2004, Mayo). <http://www.index-f.com/dce/12pdf/12-113.pdf>. Retrieved Octubre, 2015
- Torres-López, T. M., Sandoval Díaz, M., & Pando Moreno, M. (2005). Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad. Saúde Pública .
- Vilma Gutiérrez B. OPS/OMS Nicaragua. (2014). Nicaragua. Caso de Diabetes en aumento. Managua: OPS/OMS Nicaragua.

XII. ANEXOS

XIII ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario "Viveros03" para medir el Auto concepto.

La finalidad de este cuestionario es conocer más sobre lo que sientes y piensas en relación contigo después de haber sufrido esta enfermedad, con base en tus respuestas Enfermería planeará las intervenciones específicas para ponerlas en práctica posteriormente. La información obtenida en este cuestionario será totalmente confidencial, contesta con toda confianza.

Instrucciones: Anota en el paréntesis la letra según corresponda a tu sentir, marca sólo una respuesta. La línea del lado derecho, es para el encuestador, déjala en blanco.

a) Nada Bastante b) Poco c) Regular d) Suficiente e)

1. ¿Te interesa lo que digan los demás de ti? () _____
2. ¿Te afecta lo que dice tu familia de ti? () _____
3. ¿Común mente te afectan los problemas? () _____
4. ¿Crees que tienes gran valor? () _____
5. ¿Se te dificulta tomar decisiones? () _____
6. ¿Tienes confianza en los demás? () _____
7. ¿Te gusta relacionarte con los demás? () _____
8. ¿Es valioso para ti mantener la vida? () _____
9. ¿Te aceptan las personas del sexo opuesto? () _____
10. ¿Te cuidas físicamente? () _____
11. ¿Te sientes aceptado entre tu familia? () _____
12. ¿Es difícil para ti hablar en público? () _____
13. ¿Te enojas fácilmente? () _____
14. ¿Te da trabajo acostumbrarte a algo nuevo? () _____
15. ¿Es complicada tu vida? () _____
16. ¿Te gustaría cambiar algo de tu persona? () _____
17. ¿Eres atractivo (a)? () _____
18. ¿Crees que eres una persona muy desarreglada? () _____

19. ¿Te gusta estar siempre arreglado y limpio? () _____
20. ¿Es tu cuerpo armonioso? () _____
21. ¿Eres cuidadoso con tu apariencia? () _____
22. ¿Te sientes una persona bien presentada? () _____
23. ¿Sientes que estás muy alto o muy bajo? () _____
24. ¿En una reunión deseas atraer la atención de los demás? () _____
25. ¿Sientes que estás pasado de peso, o que te falta peso? () _____
26. ¿Crees que eres amistoso (a)? () _____
27. ¿Consideras que tienes Buena salud? () _____
28. ¿Crees que eres una persona alegre? () _____
29. ¿Te sientes contento con lo que tienes? () _____
30. ¿cuándo te propones algo, lo logras? () _____
31. ¿Eres tranquilo (a)? () _____
32. ¿Te sientes satisfecho con tus relaciones sexuales? () _____
33. ¿Eres una persona inteligente? () _____
34. ¿Resientes contento con lo que eres? () _____
35. ¿Estás a gusto con tu sexo (género)? () _____
36. ¿Tienes una familia bien integrada? () _____
37. ¿Estás a gusto con tu edad? () _____
38. ¿Tienes una familia feliz? () _____
39. ¿Tienes dominio sobre ti mismo? () _____
40. ¿Te gusta la opinión que tiene tu familia de ti? () _____
41. ¿Crees que eres una persona mala? () _____
42. ¿Crees que eres una persona decente? () _____
43. ¿Las personas que conoces tienen confianza en ti? () _____
44. ¿Tratas de mantener una conducta moral adecuada? () _____

45. ¿Crees que atiendes a tus padres como debes?
(o cuando los tenías los atendías como debías)() _____
46. ¿Te portas de una manera cortés con los que te rodean? () _____
47. ¿Te gusta la manera en que te comportas con los que te rodean? () _____
48. ¿Sientes qué eres honrado(a)? () _____
49. ¿Acostumbras decir mentiras? () _____
50. ¿Lo único que te importa es ganar independientemente de cómo lo hagas? () _____
51. ¿Haces generalmente lo que es debido? () _____
52. ¿En tu trabajo te comportas de forma correcta? () _____
53. ¿Mantienes relación con Dios? () _____
54. ¿Eres una persona religiosa? () _____
55. ¿Resientes satisfecho de tú relación con Dios? () _____
56. ¿Estás a gusto con tu vida religiosa? () _____
57. ¿Quisieras que fuera parte importante de tu vida diaria? () _____
- Total_____

Nombre: Fecha: Edad:_____

Sexo: Escolaridad: Estado civil:_____

Ocupación: Religión: # de hijos:_____

Peso: Talla:_____

Gracias por tus aportaciones

ANEXO II

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento de recolección de la información

“Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre - Noviembre de 2015.”

El llenado del instrumento será realizado por las mismas personas entrevistadas

Nota: el éxito del estudio depende de la información que usted nos brinde y la información será confidencia y de carácter de investigación.

I. Datos Generales.

- 1) Edad: _____ años
- 2) Sexo: _____
- 3) Nivel de escolaridad: _____
- 4) Ocupación: _____
- 5) Estado civil: _____
- 6) Comunidad: _____ Urbano _____ Rural _____

II. Condición de su salud al momento de la entrevista.

- 7) Tiempo de padecer DM. _____ años
- 8) Promedio de niveles de Glicemia 3 ultimas tomas: _____ mg/dl No se realiza control _____
- 9) Ultimas Complicaciones. _____
- 10) Hospitalizaciones en los últimos 3 meses por Problema de Diabetes. Sí ____ No ____

III. Auto estima y Auto concepto. Marque con una X la repuesta que usted considere en lo siguiente ítem en la casilla correspondiente.

(N: nada) (P: poco) (R: regular) (S: suficiente) (B: bastante)

Auto concepto	Niveles				
	N	P	R	S	B
1. Crees que tienes gran valor					
2. Tienes confianza en los demás					
3. Te gusta relacionarte con los demás					
4. Es valioso para ti mantener la vida					
5. Te aceptan las personas del sexo opuesto					
6. Te cuidas físicamente					
7. Te sientes aceptado entre tu familia					
8. Te interesa lo que digan los demás de ti					
9. Te afecta lo que dice tu familia de ti					
10. Comúnmente te afectan los problemas					
11. Se le dificulta tomar decisiones					
12. Es difícil para ti hablar en público					
13. Te enojas fácilmente					
14. Te da trabajo acostumbrarte a algo nuevo					
15. Es complicada tu vida					

Imagen corporal	N	P	R	S	B
1. Eres atractivo / a					
2. Te gusta estar siempre arreglado y limpio					
3. Es tu cuerpo armonioso					
4. Eres cuidadoso con tu apariencia					
5. Te gustaría cambiar algo de tu persona					
6. Crees que eres una persona muy desarreglada					
Yo consiente	N	P	R	S	B
1. Te sientes una persona bien presentada					
2. En una reunión deseas atraer la atención de los demás					
3. Crees que eres amistoso					
4. Consideras que tienes buena salud					
5. Crees que eres una persona alegre					
6. Te sientes contento con lo que tienes					
7. Cuando te propones algo lo logras					
8. Eres tranquilo /a					
9. Te sientes satisfecho con tus relaciones sexuales					
10. Eres una persona inteligente					
11. Sientes que estas muy alto o muy bajo					
12. Sientes que estas pasado de peso o que te falta peso					
Yo ideal	N	P	R	S	B
1. Te sientes contento con lo que eres					
2. Estas a gusto con tu sexo (genero)					
3. Tienes una familia integrada					
4. Estas a gusto con tu edad					
5. Tienes una familia feliz					
6. Tienes dominio sobre ti mismo					
7. Te gusta la opinión que tiene tu familia de ti					
Yo moral	N	P	R	S	B
1. Crees que eres una persona decente					
2. Las personas que conoces tienen confianza en ti					
3. Tratas de mantener una conducta moral adecuada					
4. Crees que atiendes a tus padres como debes					
5. Te portas de una manera cortés con lo que te rodean					
6. Te gusta la manera en que te comportas con los que te rodean					
7. Crees que eres una persona mala					
Yo ético	N	P	R	S	B
1. sientes que eres honrado					
2. Haces generalmente lo que es debido					
3. En tu trabajo te comportas de forma correcta					
4. Acostumbra a decir mentiras					
5. Lo único que te importas es ganar independientemente como lo hagas					
Yo religioso	N	P	R	S	B
1. Mantienes relaciones con Dios					
2. Eres una persona religiosa					
3. Te sientes satisfecho de tu relación con Dios					
4. Estas a gusto con tu vida religiosa					
5. Quisieras que fuera parte importante de tu vida diaria					

ANEXO III

Hoja de Consentimiento Informado



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua,
Managua Recinto Universitario Rubén Darío.
UNAN–
MANAGUA
Facultad de
Medicina

“Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015-Junio 2016.”

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Identificar el Autoestima y el Auto concepto de los pacientes adultos que padecen Diabetes Mellitus que son atendidos en consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Demostrara el nivel de adaptación que tiene con el padecimiento de esta enfermedad, situación que condiciona que el individuo pueda enfrentar situación que no lo descompense y reducir el daño como secuela de los niveles elevado de glicemia y causar mayor daño a la calidad de vida. Su colaboración y participación en este estudio nos será de mucha ayuda, y es totalmente voluntaria y no necesita dar a conocer su nombre en el cuestionario a llenar. Usted puede elegir participar o no hacerlo en este momento o en cualquier otro mientras estemos en el proceso de recolección de la información. El tiempo estimado para llenar el cuestionario es de 15 a 20 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como objeto de estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en el transcurso del llenado del cuestionario por mi descuerdo si existiera alguna razón.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador

ANEXO IV

RESULTADOS

Cuadro n^o. 1.

Características Generales de los Pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016. **n = 150**

Características Generales	TOTAL	
	n ^o .	%
Sexo:		
Femenino	78	52,0
Masculino	72	48,0
Edad		
35 a 40	6	4,0
41 a 50	26	17,4
51 a 60	59	39,3
61 a 70	50	33,3
71 y +	9	6,0
Nivel de escolaridad:		
Primaria	62	41,3
Secundaria incompleta	63	42,0
Bachiller	17	11,3
Universitario	8	5,3
Ocupación:		
Ama de casa	51	34,0
Comerciante	27	18,0
CPF	19	12,6
Jubilado	27	18,0
Otras	26	17,4
Estado Civil		
Soltero	12	8,0
Casado	113	75,3
Acompañado	18	12,0
Divorciado	1	0,7
Viudo	6	4,0
Procedencia:		
El Santuario	29	19,4
Comarca San Antonio	19	12,7
La virgen María	17	11,3
Morenita	10	6,6
Otras	75	50,0
Área del departamento que proceden		
Urbano	134	89,3
Rural	16	10,7

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus.

Cuadro n^o. 2.

Condición de la Salud actual de los Pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016. **n = 150**

Condición de salud actual	TOTAL	
	n ^o .	%
Tiempo de Padecer de DM		
1 a 3 años	8	5,3
4 a 10	79	52,7
11 a 16	42	28,0
17 a 21	16	10,7
22 a 28	5	3,3
Promedio de Glicemia en las ultimas 3 tomas		
60 – 110 mg/dl	16	10,7
111 – 120	24	16,0
121 – 140	83	55,3
141 – 160	21	14,0
161 – 180	6	4,0
Se realiza control		
Si	6	4.0
No	2	1.3
A veces	142	94,7
Ultimas complicaciones que ha presentado		
Hiperglicemia	18	12,0
Pie Diabético	18	12,0
Hipertensión	11	7,3
Pielonefritis	7	4,6
IRA	6	4,0
Problemas Oculares	3	2,0
Ninguna	87	58,0
Han tenido hospitalizaciones en los últimos tres meses por problema de Diabetes		
Si	57	38,0
No	93	62,0

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus.

Cuadro nº 3.

Elementos positivos del Autoconcepto que tienen los Pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016

Elementos positivos	n= 150					
	Percepción					
	Nada/Poco		Regular		Sufic/Bast	
	n	%	n	%	n	%
Autoestima						
Creen que tienen gran valor	17	11.3	17	11.3	116	77.3
Tienen confianza en los demás	25	16.6	34	22.6	91	60.6
Les gusta relacionarse con los demás	21	14.0	37	24.6	92	61.3
Es valioso para ellos mantener la vida	9	6.0	23	15.5	118	78.6
Se sienten aceptados por las personas del sexo opuesto	13	8.6	36	24.0	101	67.3
Se cuidas físicamente	15	10.0	73	48.6	62	41.3
Se sientes aceptado entre su familia	19	12.7	20	13.3	111	74.0
Imagen Corporal						
Se sienten atractivo / a	46	30.6	51	34.0	53	35.3
Les gusta estar siempre arreglado y limpio	20	13.3	52	34.6	78	52.0
Siente que su cuerpo es armonioso	30	20.0	89	59.3	31	20.6
Son cuidadoso con su apariencia	41	27.3	54	36.0	55	36.6
Yo consciente						
Se sientes una persona bien presentada	78	50.6	41	27.3	31	20.6
En una reunión desean atraer la atención de los demás	31	20.6	42	28.0	77	51.3
Creen que son amistoso	22	14.6	46	30.6	82	54.6
Consideran que tienes buena salud	23	15.3	84	56.0	43	28.6
Creen que son una persona alegre	24	16.0	50	33.3	76	50.6
Se sientes contento con lo que tienes	18	12.0	38	25.3	94	62.6
Cuando se propones algo lo logran	44	29.3	69	46.0	37	24.6
Se sienten tranquilo /a	25	16.6	62	41.3	63	42.0
Se sienten satisfecho con sus relaciones sexuales	30	20.0	85	56.6	35	23.3
Se sienten una persona inteligente	35	23.3	66	44.0	49	32.6

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus..

Cuadro n° 4.

Elementos positivos del Auto concepto que tienen los Pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016

Elementos positivos	n= 150					
	Percepción					
	Nada/Poco		Regular		Sufic/Bast	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Yo ideal						
Se sientes contento con lo que son	96	64.0	34	22.6	20	13.3
Estas a gusto con su sexo (genero)	16	10.6	21	14.0	113	75.3
Creer que tienes una familia integrada	11	7.3	22	14.6	117	78.0
Están a gusto con su edad	12	8.0	55	36.6	83	55.3
Creer que tienes una familia feliz	18	12.0	16	10.6	116	77.3
Creer que tienes dominio sobre ti mismo	15	10.0	52	34.6	83	55.3
Le gusta la opinión que tiene su familia de ellos	23	15.3	70	46.6	57	38.0
Yo moral						
Creer que son una persona decente	17	11.3	16	10.6	117	78.0
Siente que las personas que conocen confianza en ellos	15	10.0	25	16.6	110	73.3
Creer que tratan de mantener una conducta moral adecuada	14	9.3	19	12.6	117	78.0
Creer que atienden a sus padres como deben	7	4.6	31	20.6	112	74.6
Creer que se portan de manera cortés con los que les rodean	16	10.6	37	24.6	97	64.6
Les gusta la manera en que se comportas con los que te rodean	18	12.0	38	25.3	94	62.6
Yo ético						
Sienten que son honrados	15	10.0	16	10.6	119	79.3
En tu trabajo se comportas de forma correcta	12	8.0	21	14.0	117	78.0
Lo único que les importas es ganar independientemente como lo hagas	129	86.0	5	3.3	16	10.6
Yo religioso						
Mantienen relaciones con Dios	24	16.0	23	15.3	103	68.6
Son personas religiosas	16	10.6	33	22.0	101	67.3
Se sienten satisfecho de la relación con Dios	15	10.0	27	18.0	108	72.0
Están a gusto con su vida religiosa	10	6.6	35	23.3	105	70.0
Quisieran que dios fuera parte importante de su vida diaria	18	12.0	26	17.3	106	70.6

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus.

Cuadro n° 5.

Elementos Negativos del Auto concepto que tienen los Pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016

n= 150

Elementos negativos	Percepción					
	Nada/Poco		Regular		Sufic/Bast	
	n ^o .	%	n ^o .	%	n ^o .	%
Autoestima						
Les interesa lo que digan los demás de ellos	86	57.3	38	25.3	26	17.3
Les afecta lo que dice su familia de ellos	26	17.3	22	14.6	102	68.0
Comúnmente le afectan los problemas	70	46.6	59	39.3	21	14.0
Se les dificulta tomar decisiones	85	56.6	34	22.6	31	20.6
Es difícil para ellos hablar en público	58	38.6	62	41.3	30	20.0
Se enojas fácilmente	83	55.3	40	26.6	27	18.0
Le da trabajo acostumbrarse a algo nuevo	76	50.6	45	30.0	29	19.3
Sienten que es complicada su vida	73	48.6	57	38.0	20	13.3
Imagen corporal						
Les gustaría cambiar algo de su persona	111	74.0	26	17.3	13	8.6
Creer que son una persona muy desarreglada	111	74.0	25	16.6	14	9.3
Yo consiente						
Se Sientes que estas muy alto o muy bajo	35	23.3	66	44.0	49	32.6
Se Sientes que estas pasado de peso o que te falta peso	91	60.6	36	24.0	23	15.3
Yo moral						
Creer que son una persona mala	121	80.6	10	6.6	19	12.6
Yo ético						
Haces generalmente lo que es debido	9	6.0	29	19.3	112	74.6
Acostumbran a decir mentiras	117	78.0	17	11.3	16	10.6

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus.

Cuadro n^o. 6.

Características Generales vs. Nivel de Adaptación que tienen los pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016

Características generales	n = 150					
	Nivel de Adaptación					
	Total		Adaptativo Compensatorio		Adaptativo Integrado	
	n = 150		n = 91		n = 59	
	n ^o .	%	n ^o .	%	n ^o .	%
Sexo:						
Femenino	78	52.0	52	34.6	26	17.3
Masculino	72	48.0	39	26.0	33	22.0
Edad						
35 a 40	6	4,0	2	1.3	4	2.6
41 a 50	26	17,4	16	10.6	10	6.6
51 a 60	59	39,3	39	26.0	20	13.3
61 a 70	50	33,3	28	18.6	22	14.6
71 y +	9	6,0	6	4.0	3	2.0
Nivel de escolaridad:						
Primaria	62	41,3	38	25.3	24	16.0
Secundaria incompleta	63	42,0	37	24.6	26	17.3
Bachiller	17	11,3	11	7.3	6	4.0
Universitario	8	5,3	5	3.3	3	2.0
Ocupación:						
Ama de casa	51	34.0	33	22.0	18	12.0
Comerciante	27	18.0	18	12.0	9	6.0
CPF	19	12.6	9	6.0	10	6.6
Jubilado	27	18.0	15	10.0	12	8.0
Otras	26	17.4	16	10.7	10	6.6
Estado Civil						
Soltero	12	8,0	7	4.6	5	3.3
Casado	113	75,3	70	46.6	43	28.6
Acompañado	18	12,0	8	5.3	10	6.6
Divorciado	1	0,7	1	0.7	-	-
Viudo	6	4,0	5	3.3	1	0.7
Área del departamento que proceden						
Urbano	134	89.3	79	52.6	55	36.6
Rural	16	10.7	12	8.0	4	2.6

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus.

Cuadro n^o. 7.

Condición del estado de salud vs. Nivel de Adaptación que tienen los pacientes Adultos que padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015- Junio 2016

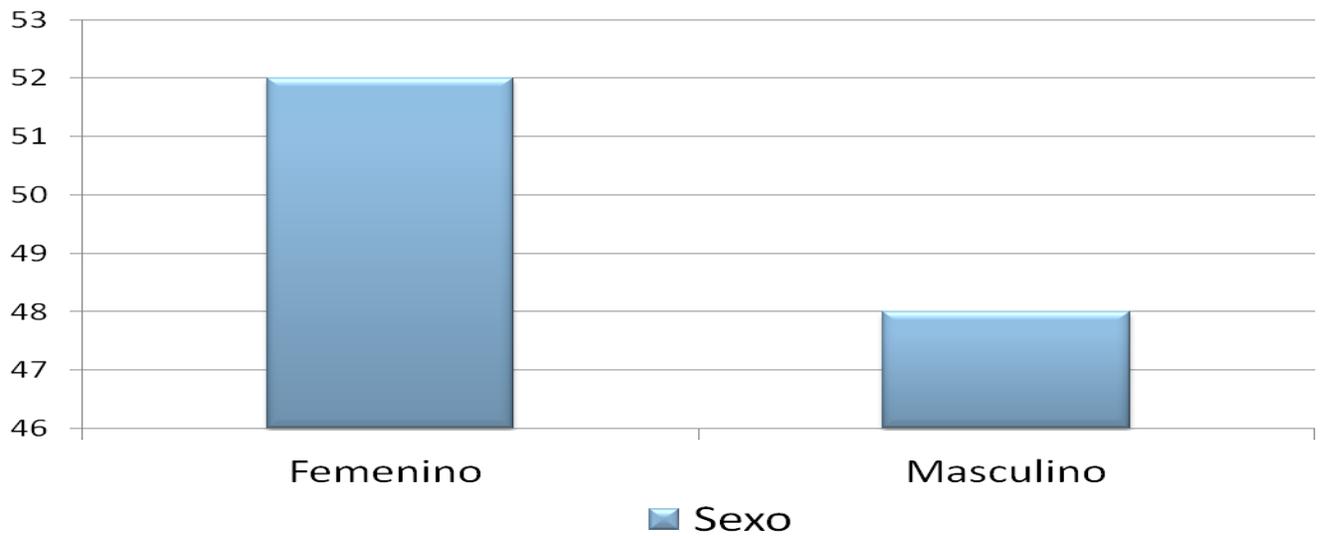
Características generales	n = 150					
	Nivel de Adaptación					
	Total		Adaptativo Compensatorio		Adaptativo Integrado	
	n = 150		n = 91		n = 59	
	n ^o .	%	n ^o .	%	n ^o .	%
Tiempo de Padecer de DM						
1 a 3 años	8	5,3	3	2,0	5	3,3
4 a 10	79	52,7	53	35,3	26	17,3
11 a 16	42	28,0	23	15,3	19	12,6
17 a 21	16	10,7	11	7,3	5	3,3
22 a 28	5	3,3	1	0,7	4	2,6
Promedio de Glicemia en las ultimas 3 tomas						
60 – 110 mg/dl	16	10,7	15	10,0	1	0,7
111 – 120	24	16,0	15	10,0	9	6,0
121 – 140	83	55,3	48	32,0	35	23,3
141 – 160	21	14,0	9	6,0	12	8,0
161 – 180	6	4,0	4	2,6	2	1,3
Se realiza control						
Si	6	4,0	4	2,6	2	1,3
No	2	1,3	-	-	2	1,3
A veces	142	94,7	87	58,0	55	36,6
Ultimas complicaciones que ha presentado						
Hiperglicemia	18	12,0	8	5,3	10	6,6
Pie Diabético	18	12,0	13	8,6	5	3,3
Hipertensión	11	7,3	7	4,6	4	2,6
Pielonefritis	7	4,6	5	3,3	2	1,3
IRA	6	4,0	5	3,3	1	0,7
Problemas Oculares	3	2,0	1	0,7	2	1,3
Ninguna	87	58,0	52	34,6	35	23,3
Han tenido hospitalizaciones en los últimos tres meses por problema de Diabetes						
Si	57	38,0	36	24,0	21	14,0
No	93	62,0	55	36,6	38	25,3

Fuente: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus.

ANEXO V
Resultados.

Grafico 1.

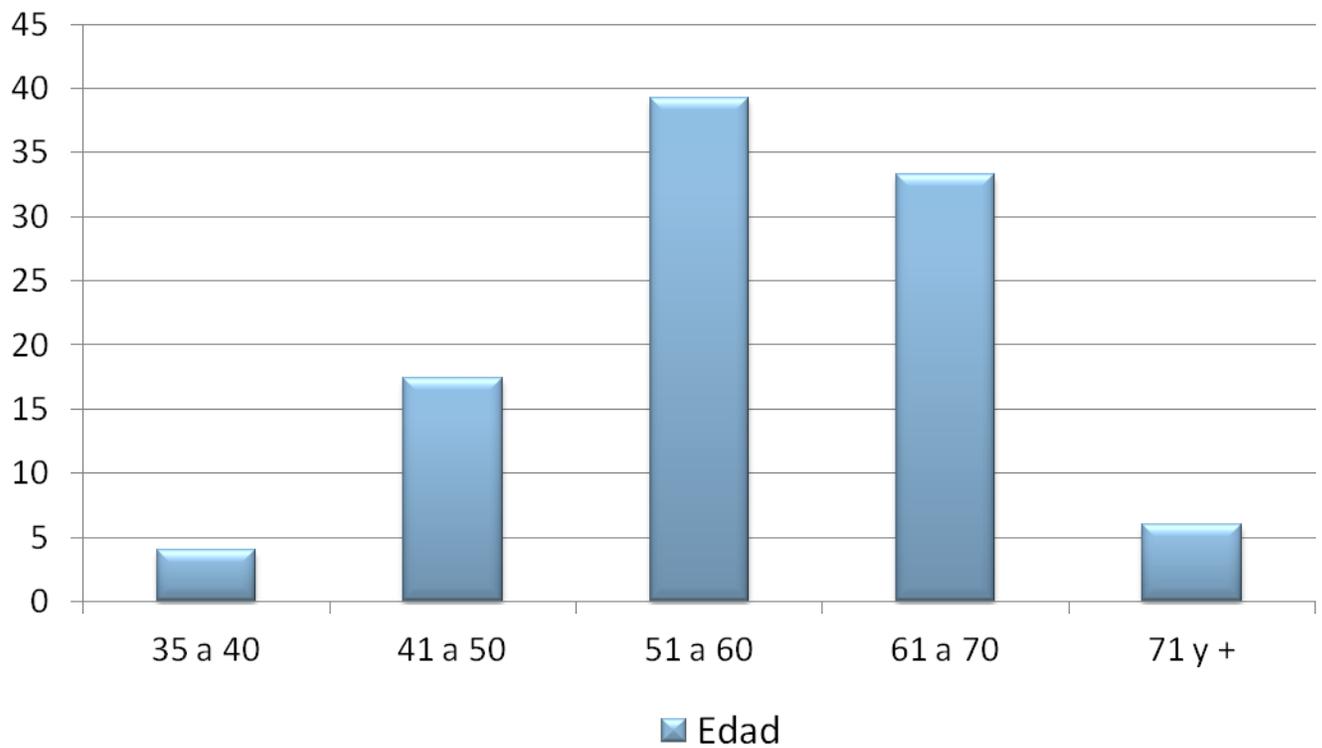
Sexo de los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa.
Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: Tabla 1

Grafico 2.

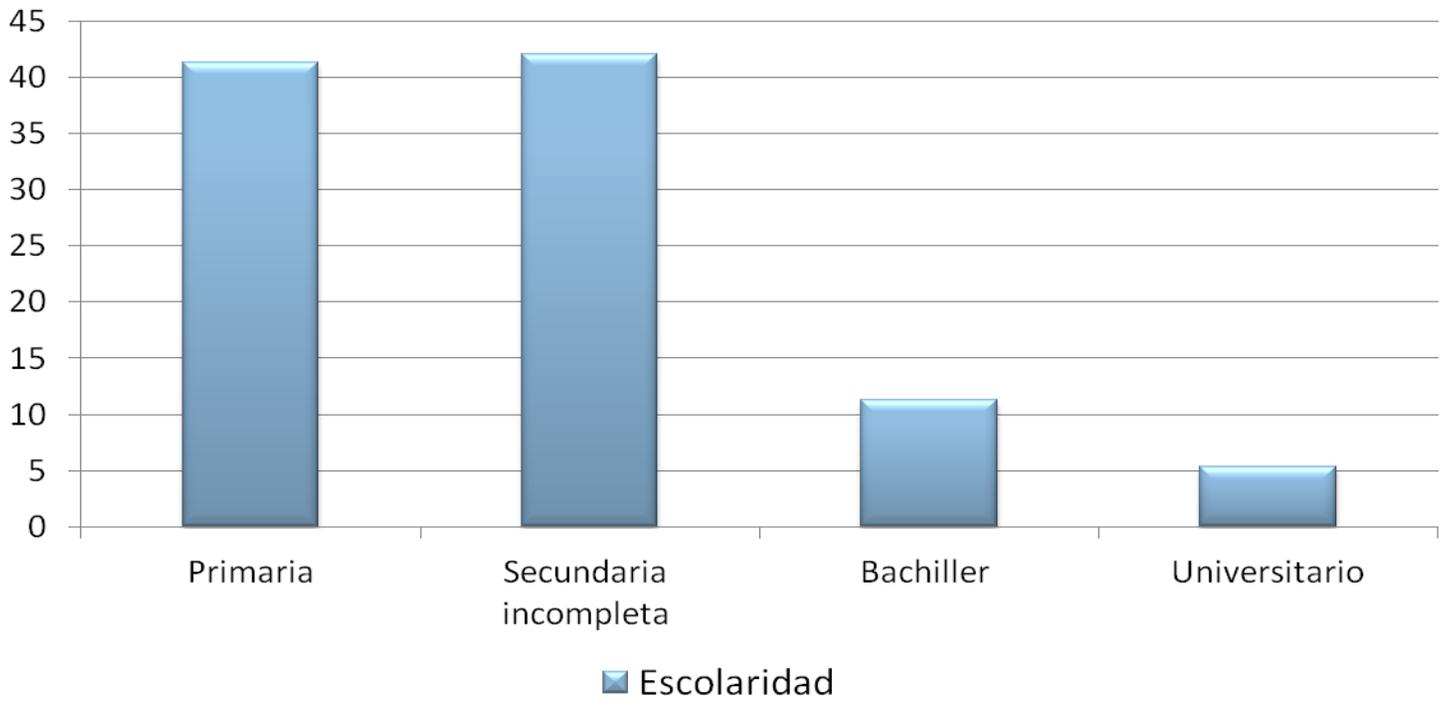
Edad en años de los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: Tabla 1.

Grafico 3.

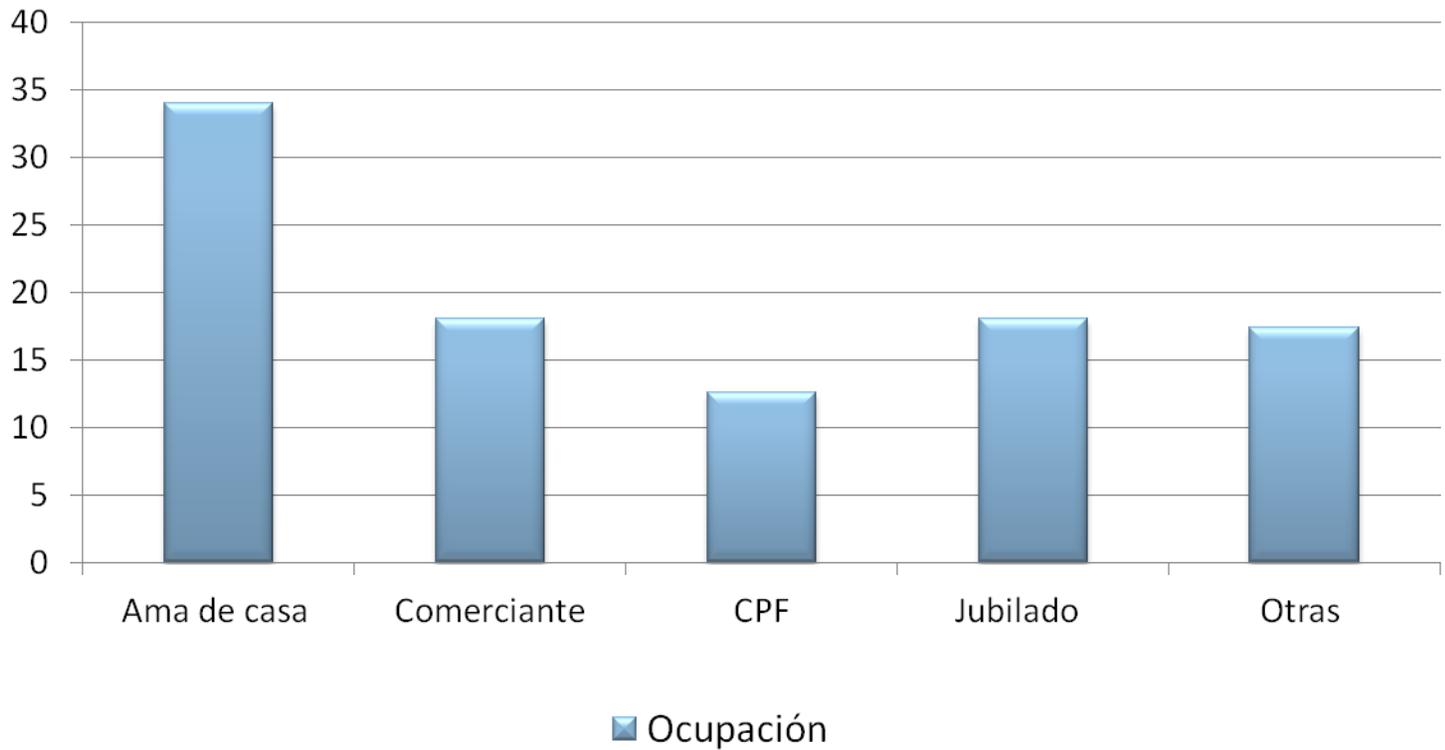
Nivel de Escolaridad de los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 1.

Grafico 4.

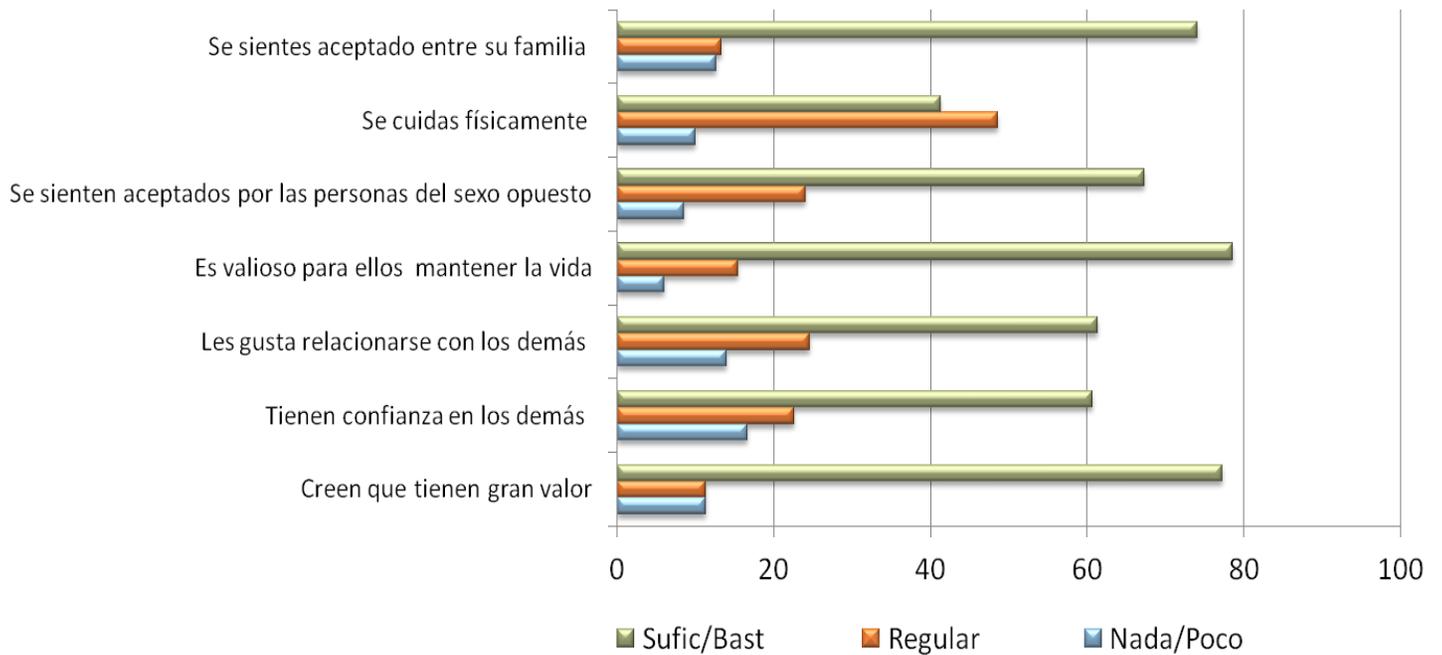
Ocupación de los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa.
Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de
2016



Fuente: tabla 1.

Grafico 5.

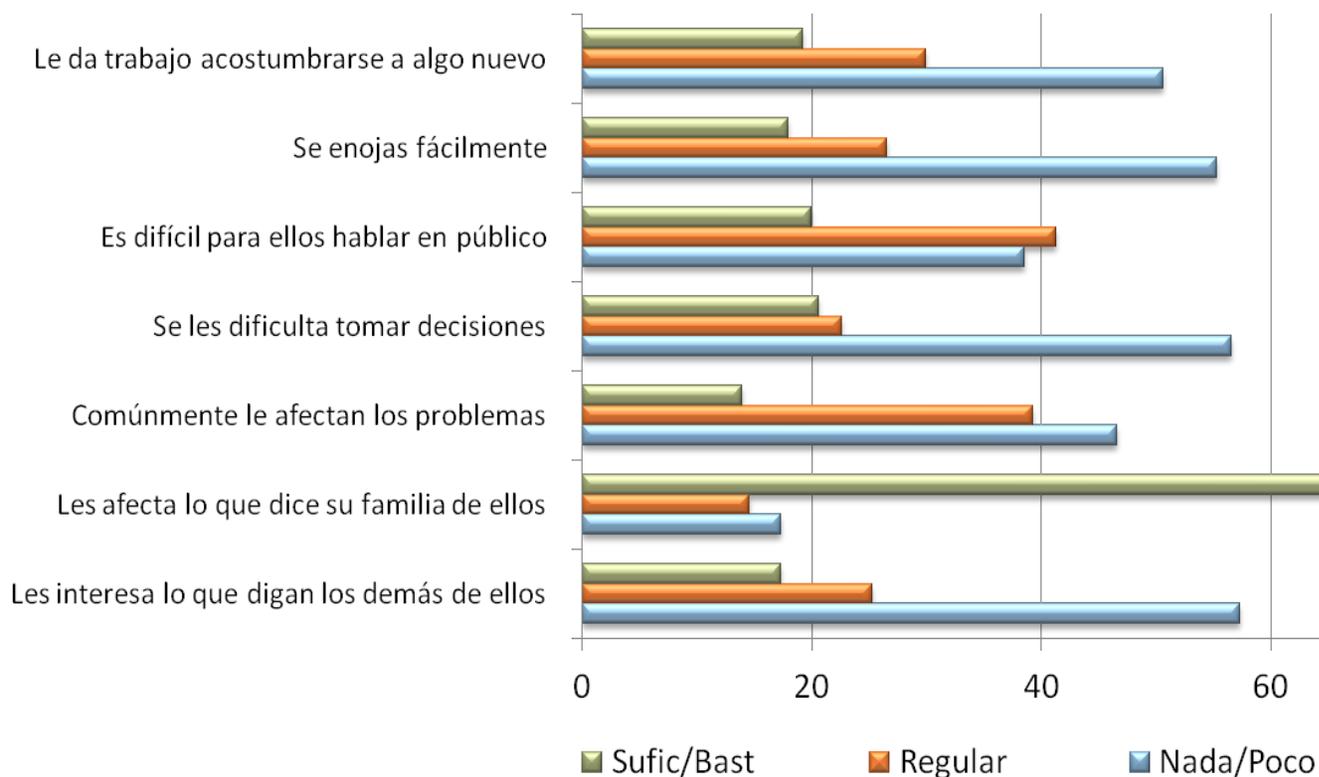
Elementos positivos de la Autoestima que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 3.

Grafico 6.

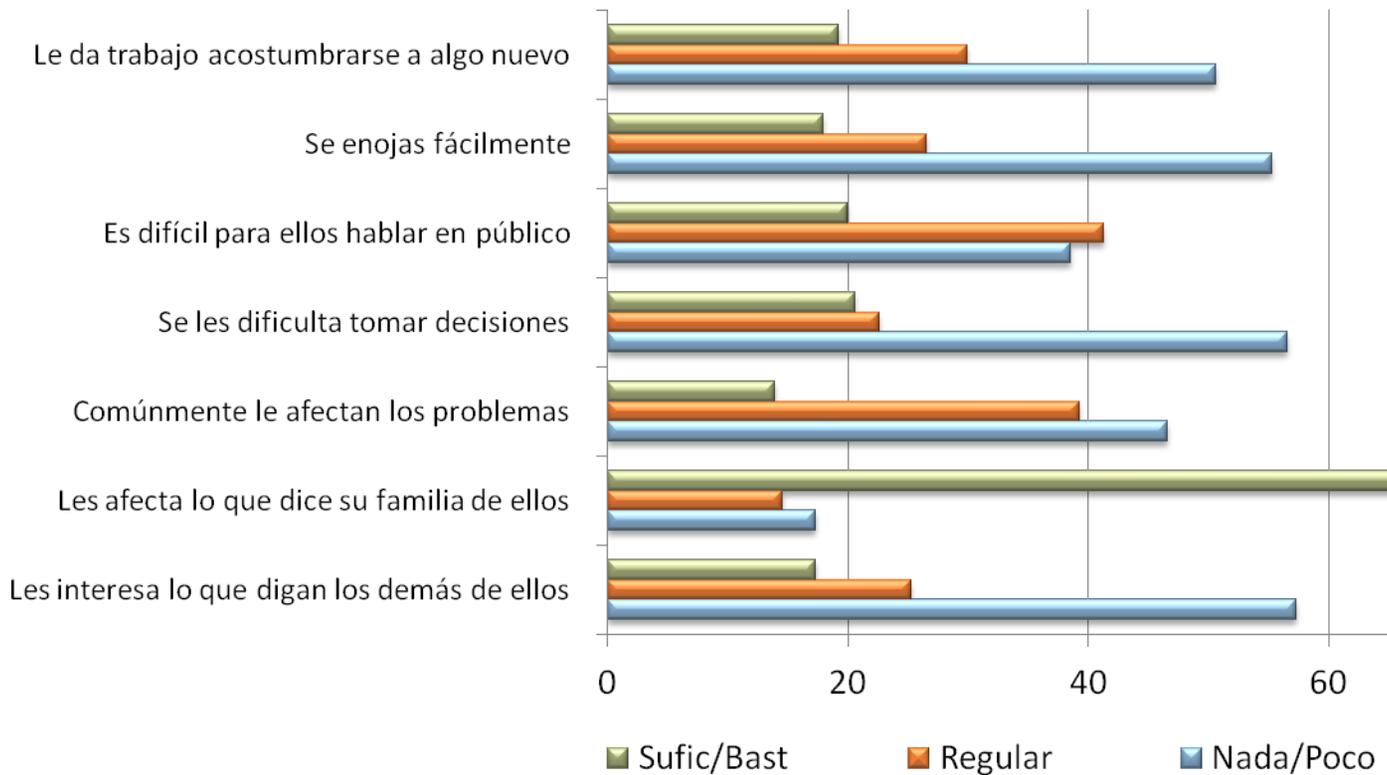
Elementos Negativos de la Autoestima que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: tabla 5.

Grafico 7.

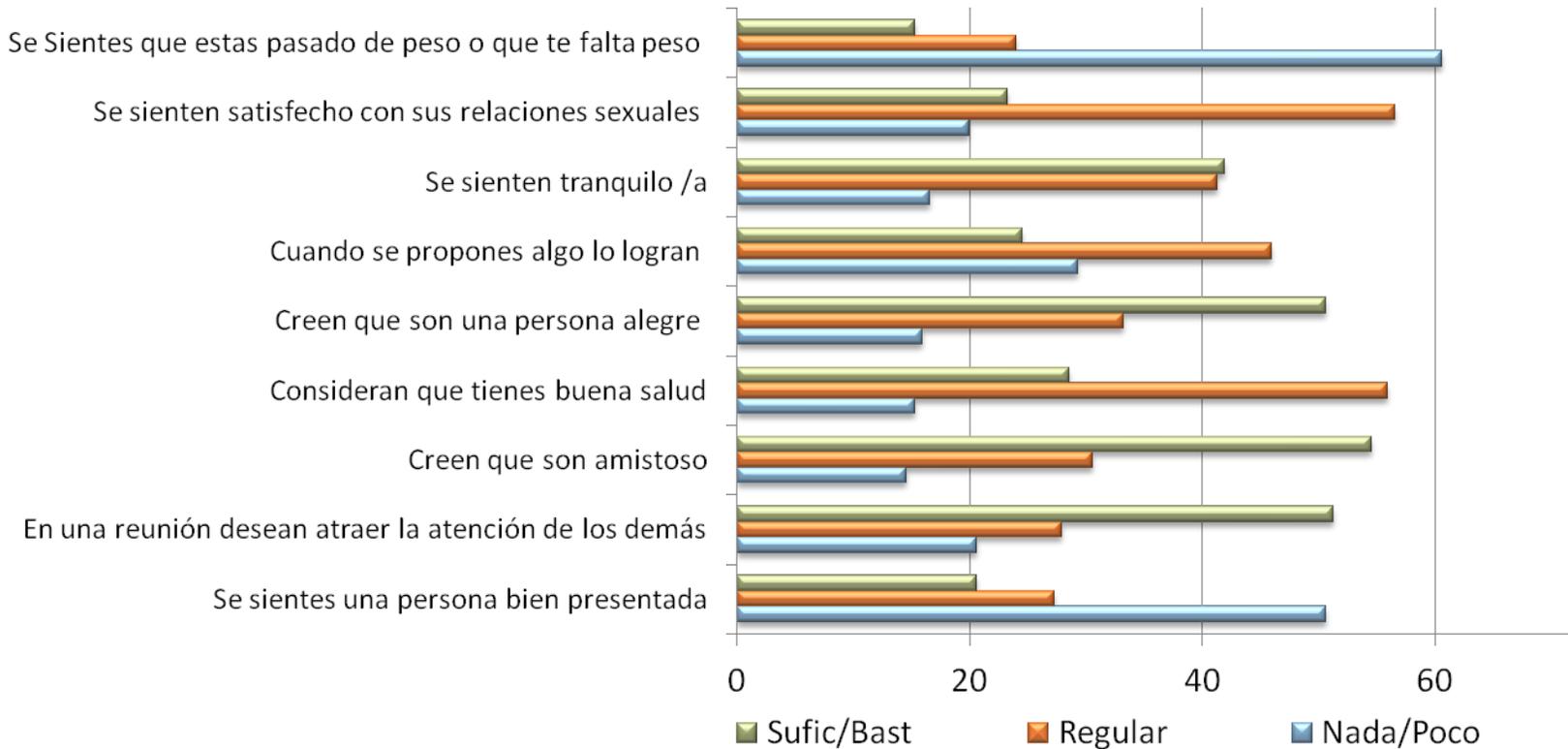
Elementos Positivos y Negativos de la imagen corporal que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: tabla 3 y 5.

Grafico 8.

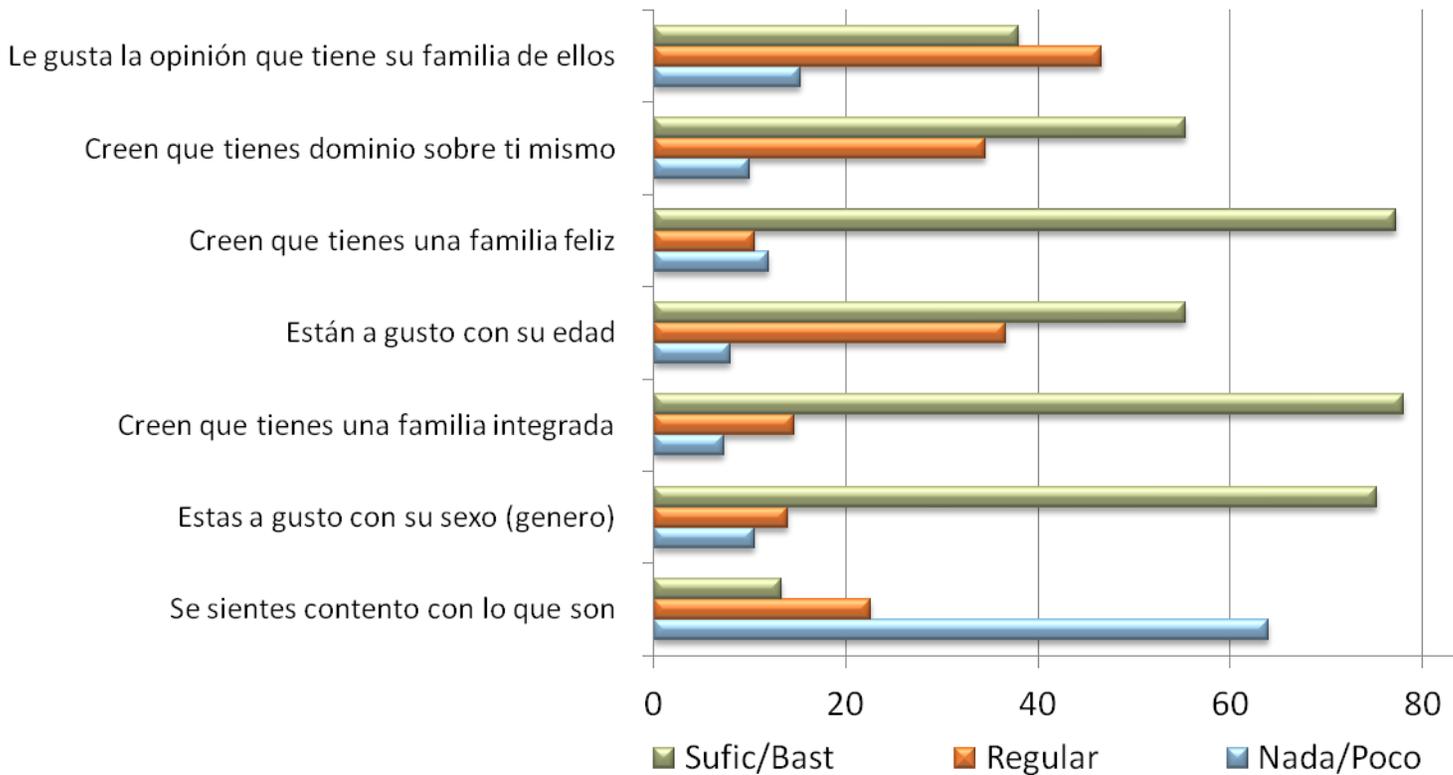
Elementos Positivos y Negativos del Yo Consiente que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: tabla 3 y 5.

Grafico 9.

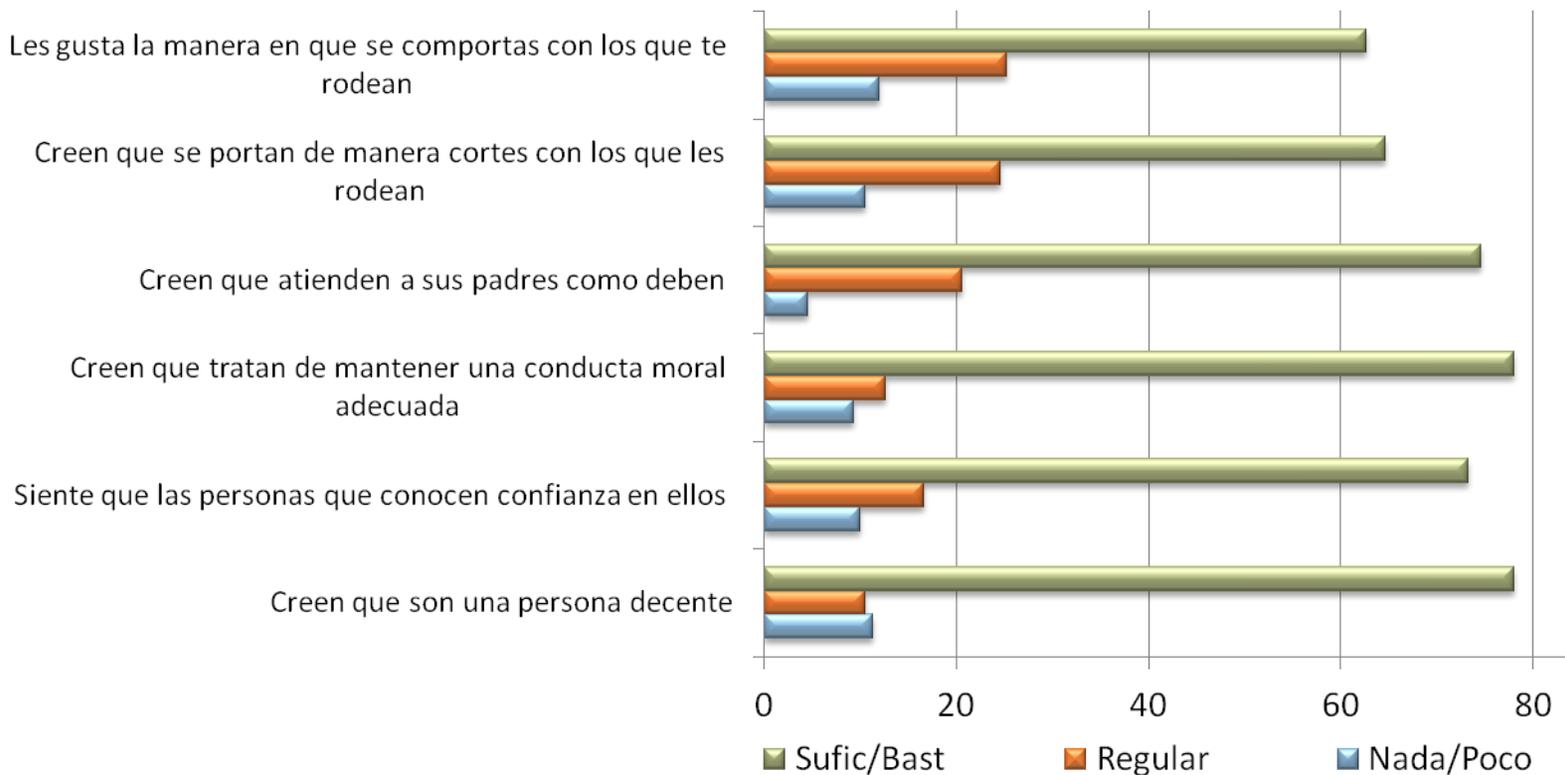
Elementos Positivo del Yo Ideal que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: tabla 4.

Grafico 10.

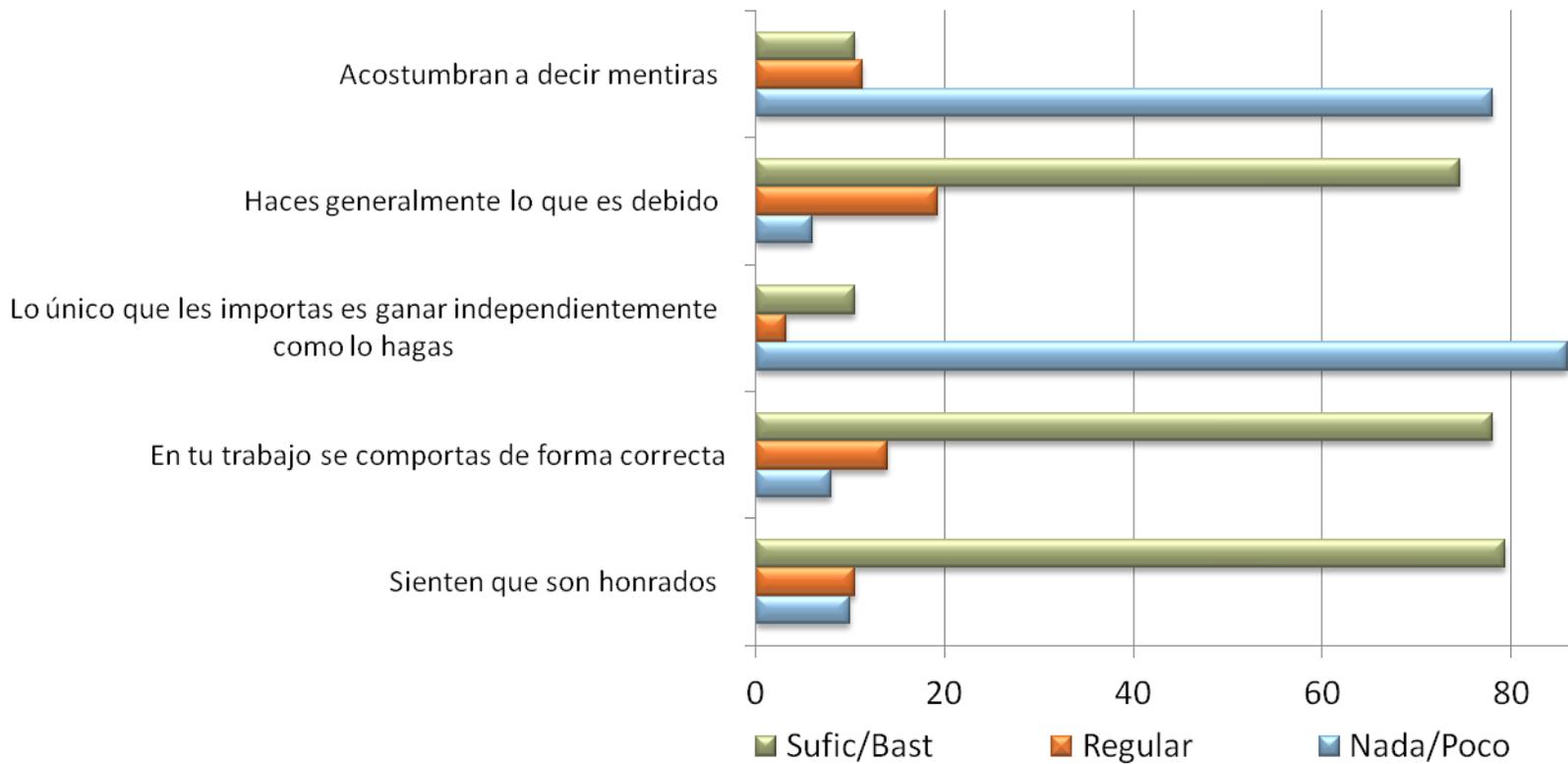
Elementos Positivo del Yo Moral que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: tabla 4.

Grafico 11.

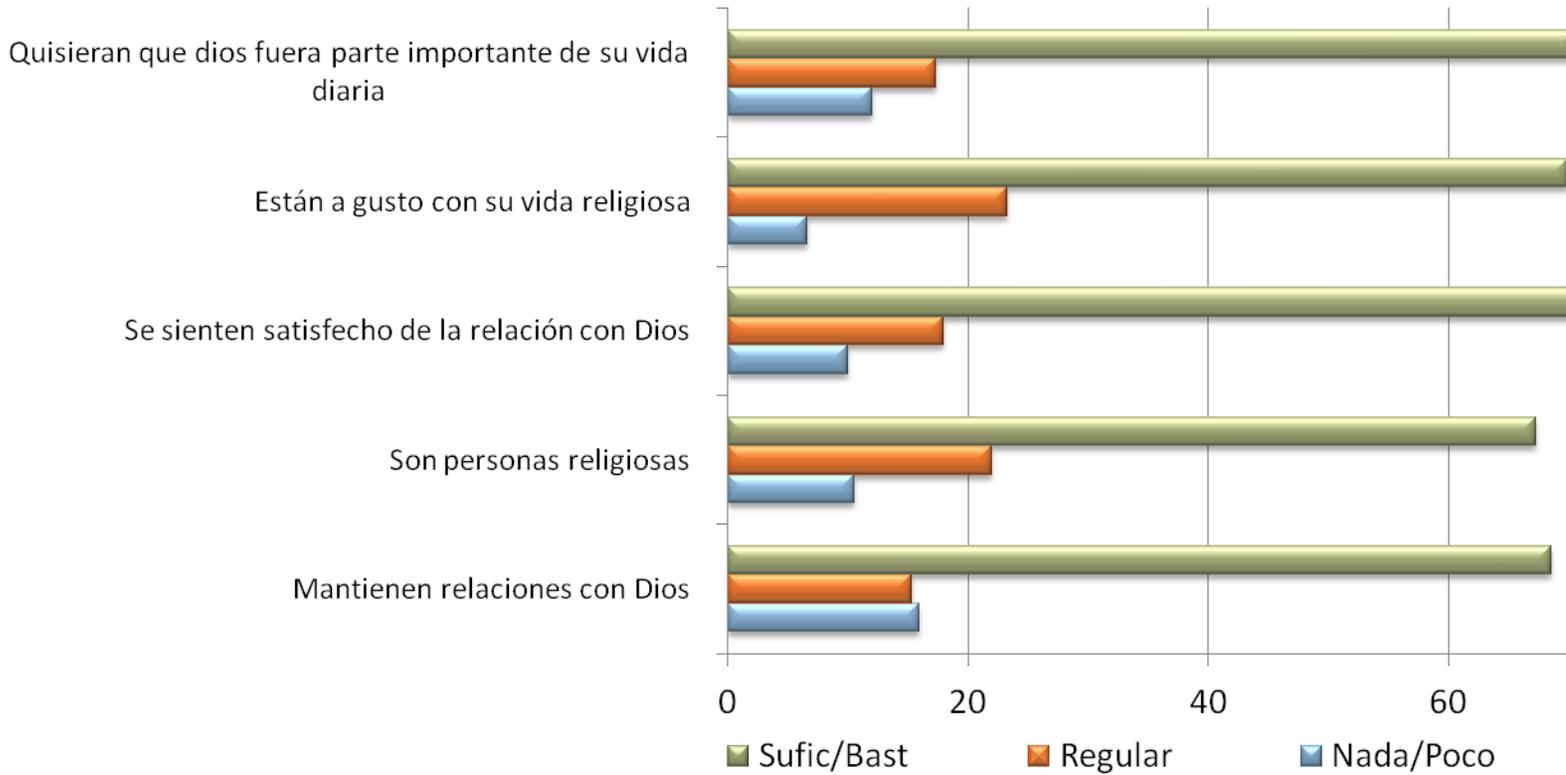
Elementos Positivos y Negativo del Yo Ético que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 4 y 5.

Grafico 12.

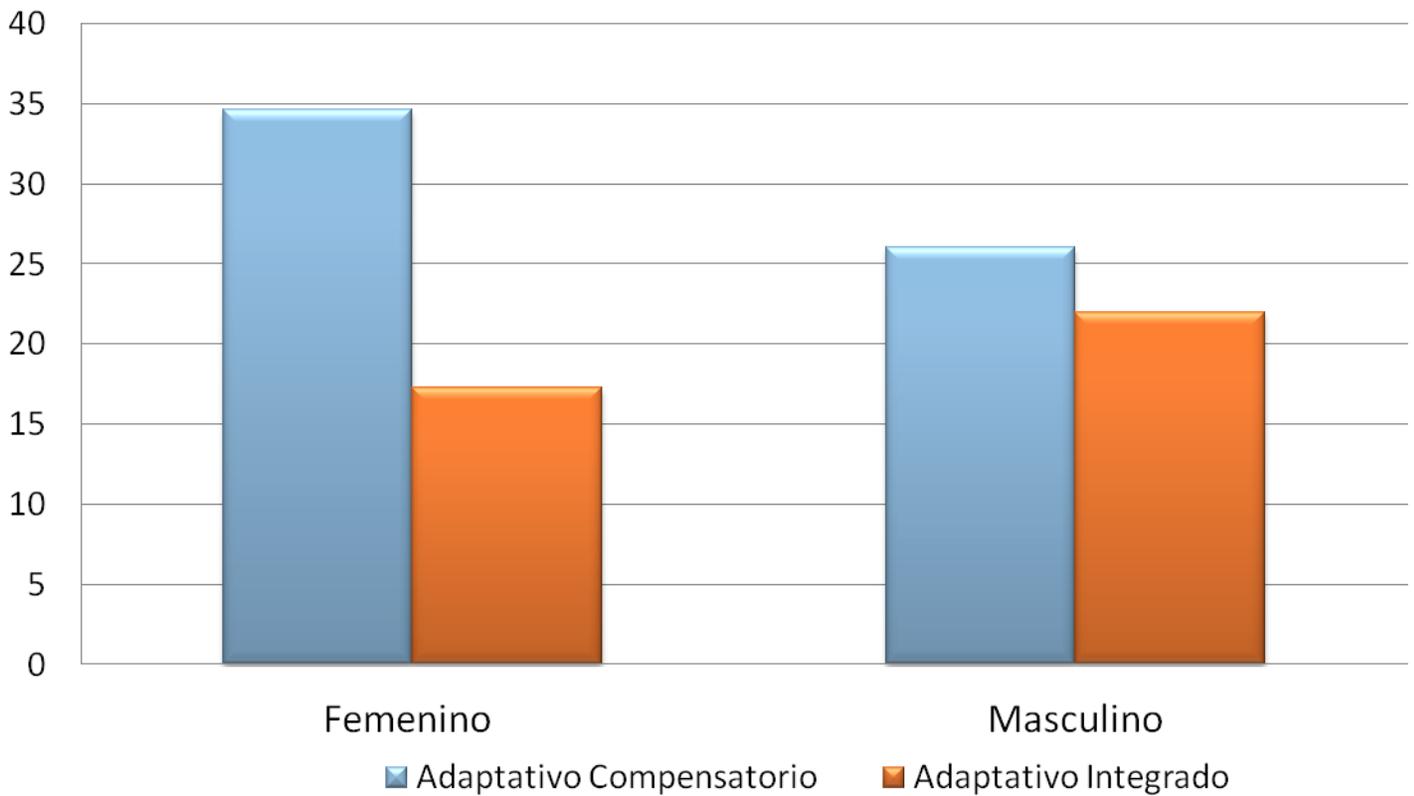
Elementos Positivo del Yo Religioso que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 4.

Grafico 13.

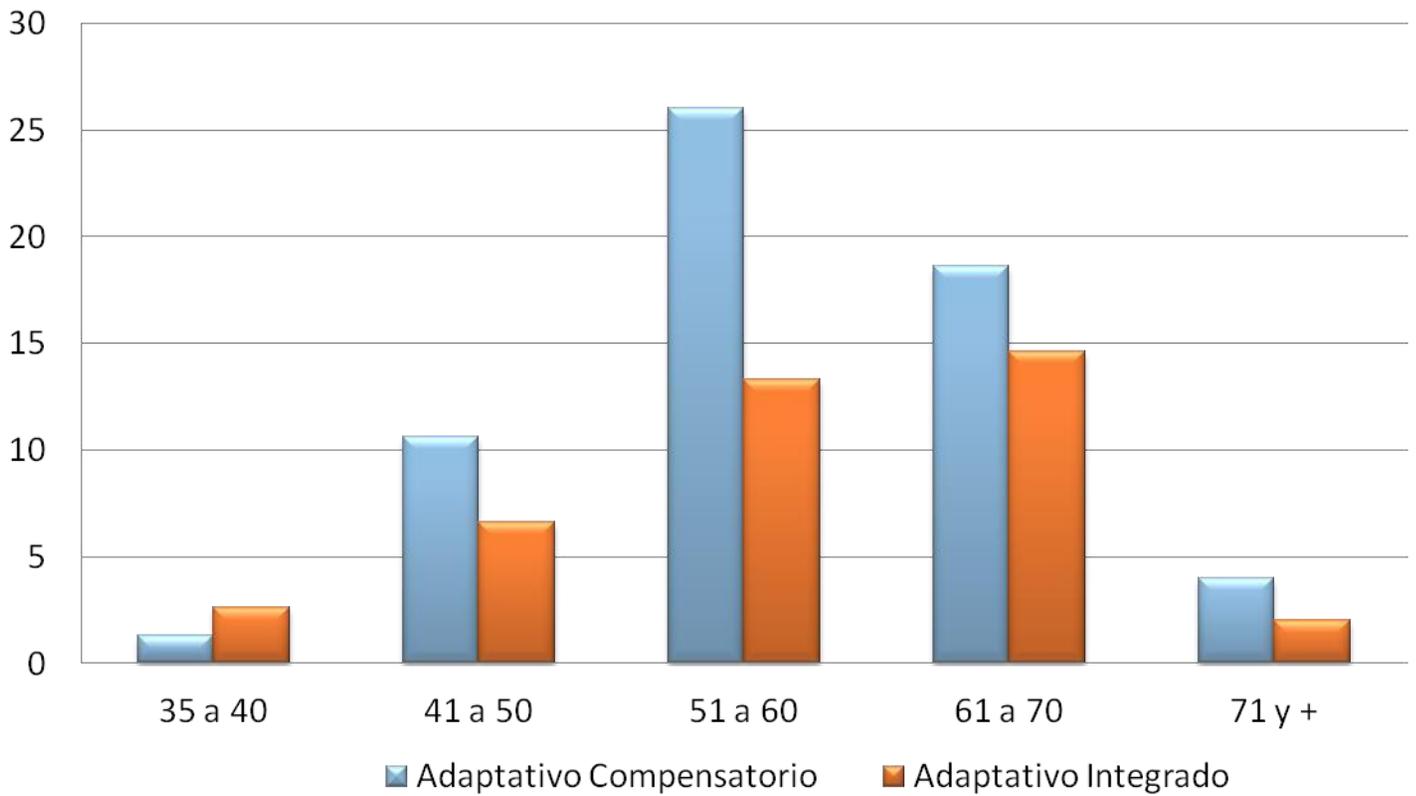
Sexo según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 6.

Grafico 14.

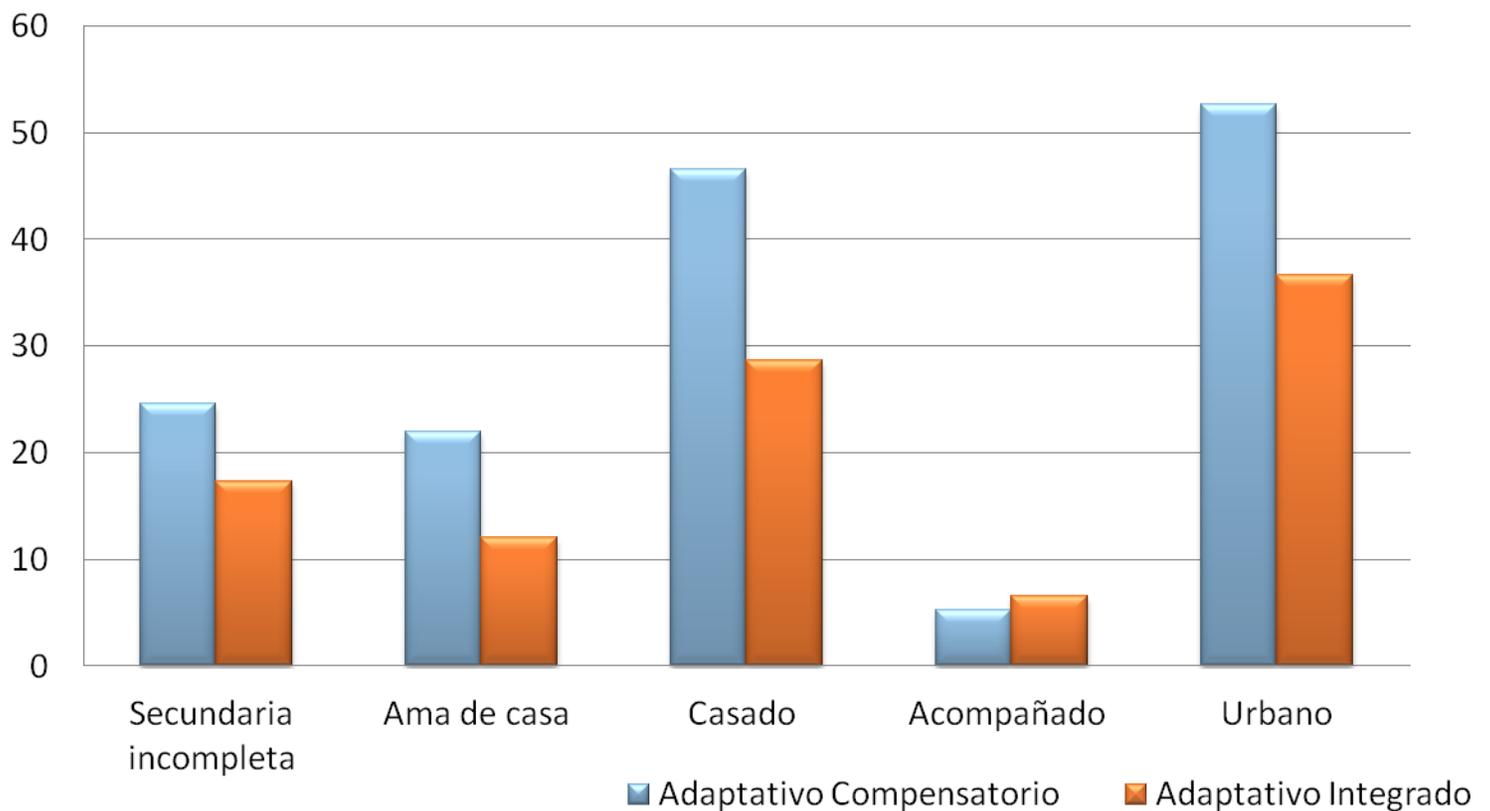
Edad según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 6.

Grafico 15.

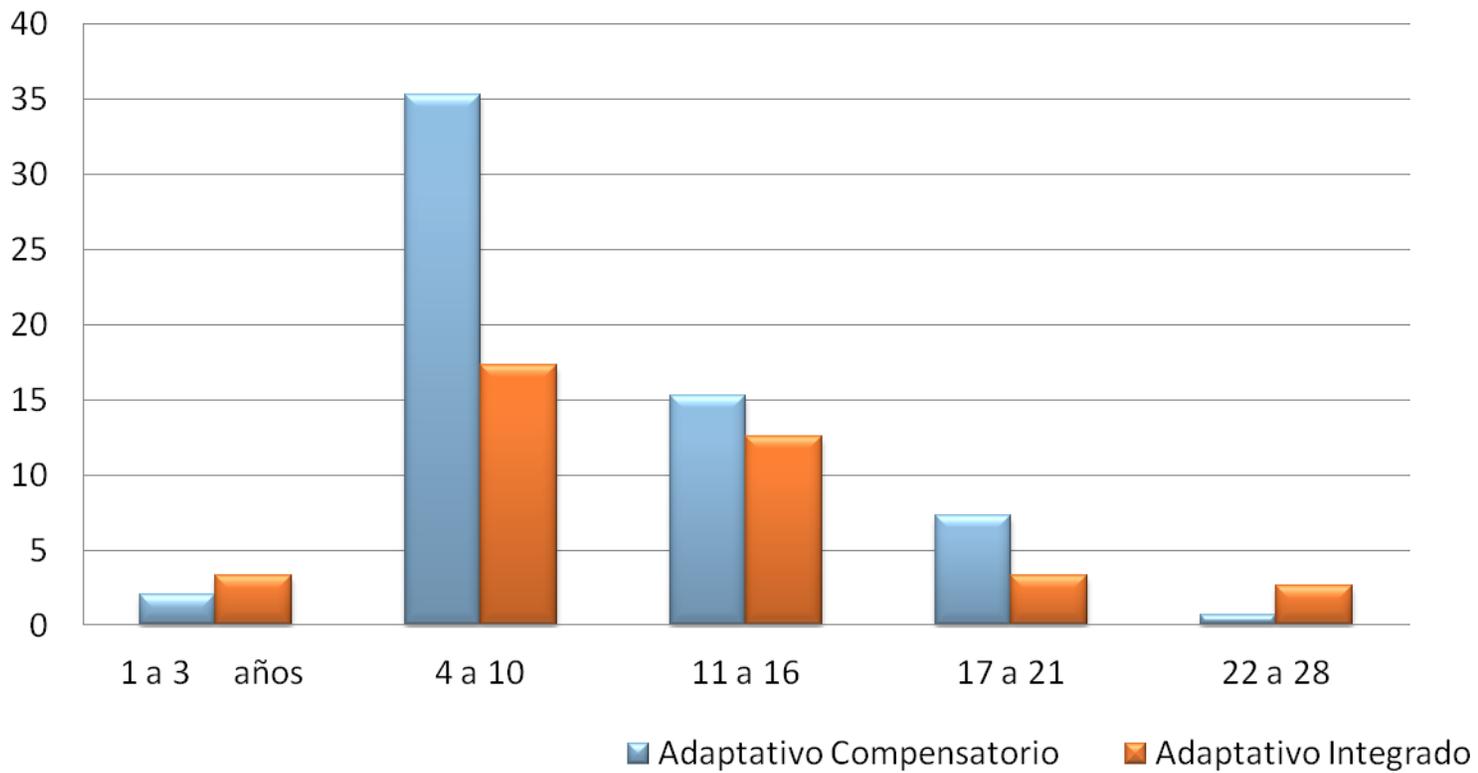
Otras características Socio demográficas según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 6.

Grafico 16.

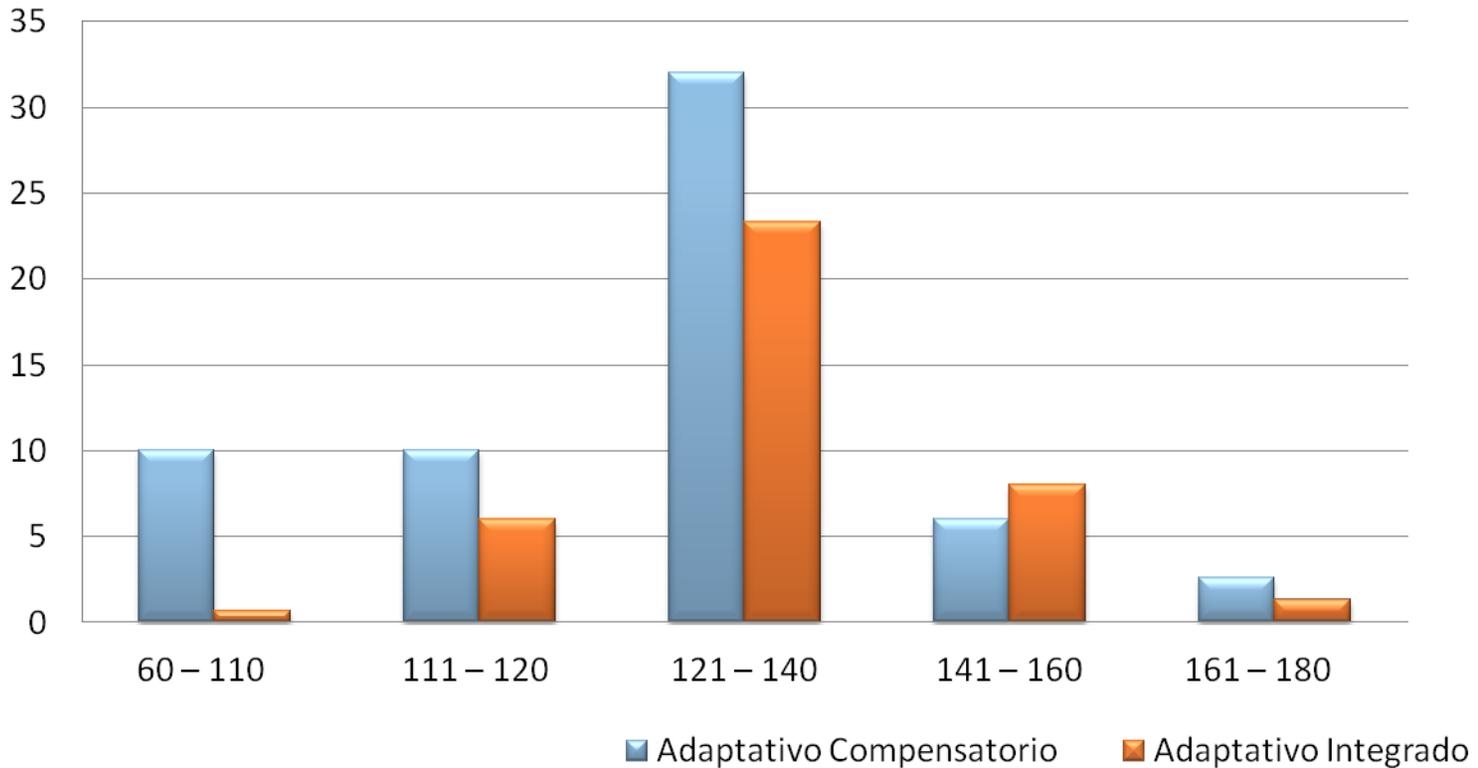
Años de Padecer según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 6.

Grafico 17.

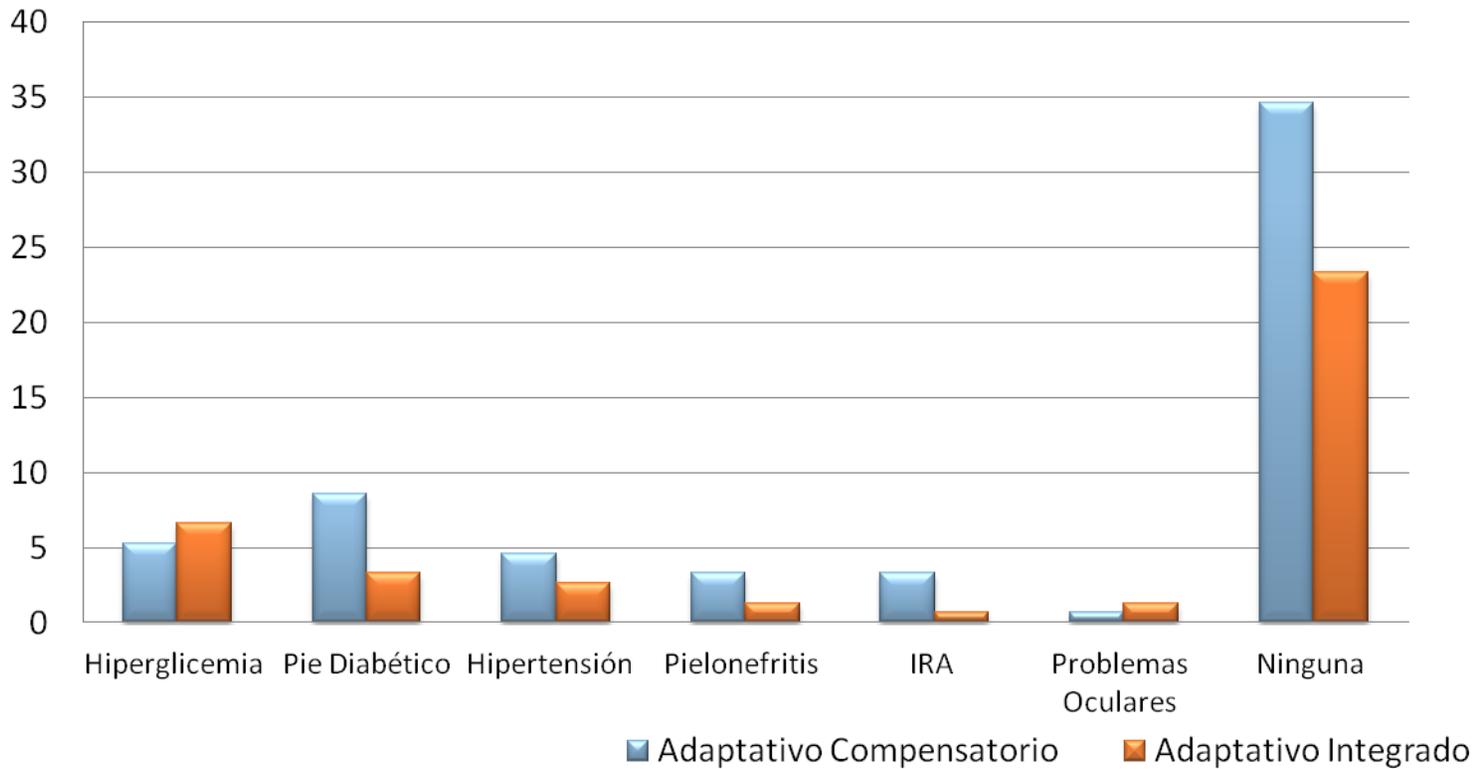
Promedio de Glicemia en mg/dl de las últimas 3 muestras tomas según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 6.

Grafico 18.

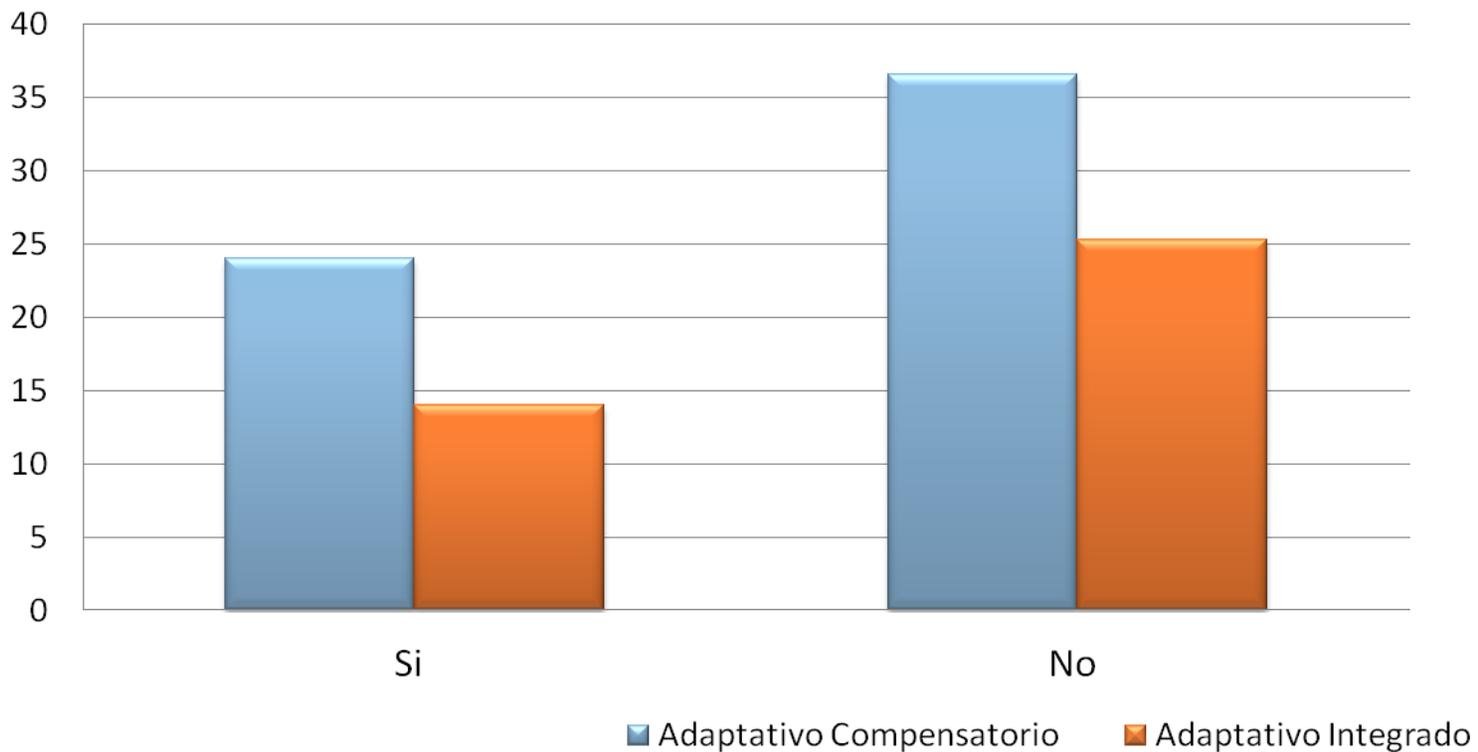
Ultimas complicaciones que han presentados según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa. Septiembre 2015 - Junio de 2016



Fuente: tabla 7.

Grafico 19.

Han tenidos hospitalizaciones en los 3 meses según nivel de adaptación que tienen los Pacientes Adultos con DM que acuden a consulta externa. Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Septiembre 2015 - Junio de 2016.



Fuente: tabla 7.