

11226
2ej
179



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



INFORMACION SOBRE DIABETES MELLITUS
Y
GRADO DE ESCOLARIDAD

TESIS

Para acreditar el diploma de la especialidad en
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Adán Martínez Romero

Morelia, Mich.



Diciembre de 1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
I.- Introducción	1
II.- Material y Métodos.	7
III.- Resultados	12
IV.- Discusión	22
V.- Conclusiones	23
VI.- Recomendaciones	24
VII.- Bibliografía	26

INTRODUCCION

Una medida importante en la prevención secundaria de las enfermedades la constituyen el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, entendido este último como toda una serie de pasos que objetivizan una atención médica adecuada, entre ellos las medidas higiénicas y dietéticas que se ponen en práctica para la curación o control de enfermedades específicas (1).

Estudios previos (2,3) han demostrado que el paciente que conoce su padecimiento tiene más disciplina en el curso de su tratamiento y reconoce más tempranamente las complicaciones, por lo mismo recibe atención médica en forma oportuna.

En la diabetes mellitus es de particular interés mantener un control estable (4) entendido como tal que deben permitirse pocas variaciones en las cifras que se consideran deseables para el enfermo: peso adecuado, citra de glucosa aceptable, etc., ya que las complicaciones de la diabetes: macro y microangiopatía, neuropatía peritérica, neuropatía diabética, se presentan más tempranamente y con mayor frecuencia en pacientes descontrolados (5).

Un concepto de educación la define en parte como un proceso que tiende a capacitar al individuo para actuar concientemente frente a nuevas situaciones de la vida. Entre los diversos tipos de educación destaca la intencional o sistemática, o sea cuando obedece deliberadamente al designio de influir en el comportamiento del individuo de una manera organizada. La Escuela es la Institución social destinada específicamente a realizar la educación intencional. Es el órgano de educación por excelencia de ahí que toda su organización se vuelque hacia esa meta.

La enseñanza primaria conduce a la aceptación de la vida; la enseñanza media, a la preparación de trabajadores para la manutención de la vida; y la enseñanza superior, a la reflexión sobre la propia vida (6).

Al articular las consideraciones anteriores, podemos pensar en la importancia de la escolaridad idealmente cumplidos sus objetivos, particularmente la superior, para el conocimiento y aceptación de los aspectos multidisciplinarios en su padecimiento, claro está sin menospreciar el hogar o la sociedad misma como factores influyentes, o los casos en que el paciente aún conociendo la importancia del control de su padecimiento, intencionalmente transgrede el control como manifestación de tensión psicológica, por ejemplo, un deseo impulsivo de comer o como un tipo de autodestrucción (buscar el coma) (7).

Desde 1980 en el Departamento de Trabajo Social de la Clínica entró en funciones el club de diabetes, donde se realizan varias series de pláticas sobre los diferentes aspectos de la enfermedad. A partir del año pasado se estableció un programa formal sobre los temas a tratar en cada plática, la cual se ofrece no sólo a pacientes diabéticos sino también a sus familiares que asisten. El programa de las generalidades de la enfermedad; la segunda de las complicaciones agudas y crónicas del padecimiento y el diagnóstico de diabetes; y la tercera de las medidas higiénico-dietéticas y terapéutica medicamentosa de la enfermedad.

En las siguientes páginas se transcribe el programa del control del paciente diabético.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION MICHOACAN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
MORELIA, MICH.

PROGRAMA: CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO.

JUSTIFICACION.- La diabetes mellitus es una enfermedad que por sus características clínicas y epidemiológicas constituye un problema de salud mundial.

Ocupa el primer lugar como causa de mortalidad en esta Unidad en la población derechohabiente (40 a 64 años)-económicamente activa en el año de 1983. Reportándose un total de 768 casos nuevos en el período comprendido de enero a diciembre de 1983, constituyendo una de las primeras diez causas de consulta en esta Unidad.

Siendo una enfermedad crónico degenerativa, se pretende a través de acciones médico preventivas encaminadas a lograr un mejor control del paciente diabético, y -- así, retrasar la aparición de complicaciones o manifiestaciones tardías propias de esta enfermedad, que son - causa de invalidez y muerte de estos pacientes en edades tempranas.

OBJETIVOS:

- 1.1.- Orientar al paciente diabético y a sus familiares, en que consiste este padecimiento, así como para poder capacitarlo sobre medidas preventivas.
- 1.2.- Evitar la presencia a edad temprana de las complicaciones propias de la diabetes agudas y crónicas.
- 1.3.- Disminuir la aparición de las complicaciones y - la mortalidad por diabetes en la población derechohabiente.

METAS:

ACTIVIDADES:

- 1.1.- El Médico familiar enviará al 100% de los diabé-

ticos que acudan a consulta al servicio de medicina -- preventiva o trabajo social para incluirlos en el ciclo educativo.

1.2.- Se realizarán 3 sesiones mensuales de capacitación para pacientes diabéticos y sus familiares que se desarrollarán periódicamente durante todo el año de -- 1984.

1.3.- Se difundirá en un mínimo de una plática semanal de información sobre las actividades de este programa durante todo el año de 1984, participando todos los médicos residentes en medicina familiar en el área de -- consulta externa, para obtener el máximo de participación tanto del público en general como del personal de la Unidad.

Se formarán grupos de trabajo por médicos residentes - en medicina familiar, trabajo social, personal de medicina preventiva (entermería) serán los responsables de orientar y manejar estos grupos.

Meta de Resultados.- Disminuir la aparición de las complicaciones y la Mortalidad por este padecimiento en - el H.G.Z. No. 1 con Medicina Familiar en Morelia, Mich

LIMITES:

a).- Población.- A toda persona detectada como diabética y a sus familiares.

b).- Espacio.- Aula de la Unidad del H.G.Z. No. 1 con Medicina Familiar, en Morelia, Mich.

c).- Tiempo.- Enero a Diciembre de 1984.

ORGANIZACION:

Responsable General del Programa: Dra. Josefina Ramírez Saldaña.

En consulta externa del Hospital General de Zona con -

Medicina Familiar.

Dr. Raymundo López Anaya Jefe del Departamento Clínico del Sistema Médico Familiar.

RECURSOS:

Humanos.- Médicos Residentes en Medicina Familiar.

Personal de enfermería del Servicio de medicina preventiva.

Trabajo Social.

Físicos.- Aula de la Unidad del H.G.Z. No. 1 Morelia, Mich.

Sala de espera del área de consulta externa.

Materiales.- Existente en Medicina Preventiva, trabajo Social y el elaborado por la Unidad.

CONTROL.- Con base a las actividades anotadas en las hojas de diario de asistentes a las sesiones educativas, se podrán conocer los resultados de las actividades -- del programa, así como las desviaciones presentadas durante su ejecución. Es convenientes, por lo tanto, que el personal de diferentes niveles técnico administrativos, realice estas acciones en forma periódica, para asesorar y corregir las desviaciones detectadas.

EVALUACION.- Se evaluará cada 6 meses y al año se harán los ajustes necesarios de acuerdo a los resultados obtenidos.

R2. M.F. Jorge A. Mercado R.

09-04-84. Morelia, Mich.

En base a los enunciados previos, el investigador se planteó así el problema.

Se ha observado con relativa frecuencia en la consulta externa de Medicina Familiar que el paciente diabético no conoce adecuadamente su enfermedad, motivo que influye en la falta de disciplina en las medidas que debe seguir para el control de su padecimiento. Consideramos que puede existir falta de información, o aunque la haya, sea influida en forma importante por la falta de escolaridad es la asimilación de dicha información. ¿En la falta de información sobre el problema de diabetes mellitus influye el grado de escolaridad?

Se formularon los siguientes objetivos e hipótesis.

OBJETIVOS:

- a).- Evaluar la información que sobre su enfermedad posee en los pacientes diabéticos.
- b).- Comparar la información que poseen y su relación con el grado de escolaridad.

HIPOTESIS:

Hipótesis nula: el grado de escolaridad es independiente de la falta de información en los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad.

Hipótesis alterna: el grado de escolaridad no influye en la falta de información en los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad.

Hipótesis de trabajo: el grado de escolaridad influye en la falta de información en los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad.

TIPO DE ESTUDIO: Encuesta descriptiva, observacional, transversal.

MATERIAL Y METODOS:

Se citaron por correo a la totalidad de los pacientes que acudieron a las pláticas de Trabajo Social sobre diabetes en 1984 y parte de los que asistieron en 1985. Se decidió elegir este universo de trabajo debido a que son los pacientes en quienes se tenía certeza de que habían recibido información en diabetes, máxime que se supone que también tenía la orientación sobre diabetes que de manera informal es proporcionada por el Médico Familiar.

Se presentaron 96 pacientes y sólo se entrevistaron 75, ya que los restantes presentaban alguno de los criterios de exclusión, que fueron:

- a).- Edad menor de 18 años.
- b).- Problema neurológico y/o sensorial que impidiera la captación y/o comprensión del cuestionario.

De los 75 pacientes entrevistados, 27 fueron del sexo masculino y 48 del femenino (gráfica 1), con edad promedio de 57.28 (cuadro 1).

Los cuestionarios se aplicaron por los investigadores en el Departamento de Trabajo Social de la Clínica, en diferentes horarios ofrecidos.

Estas son las preguntas de la entrevista semiestructurada:

EDAD _____

SEXO _____

ESCOLARIDAD

ANALFABETA _____

LEE Y ESCRIBE _____

PRIMARIA COMPLETA _____

INCOMPLETA _____

SECUNDARIA COMPLETA _____

INCOMPLETA _____

PREPARATORIA O
EQUIVALENTE COMPLETA _____

INCOMPLETA _____

PROFESIONAL COMPLETA _____

INCOMPLETA _____

ASISTENCIA A PLATICAS COMPLETA _____ INCOMPLETA _____

1.- ¿Cómo controla su diabetes?

Con dieta _____

Con hipoglucemiantes orales _____

Dieta e hipoglucemiantes orales _____

Con insulina _____

Con dieta e insulina _____

2.- Si no contestó con alguna forma de dieta, preguntar: ¿Considera que es así como debe controlar su diabetes?

Si _____ No _____

3.- Si contestó que no, preguntar: ¿Por qué?

Porque no lleva ninguna clase de dieta _____

Otra causa _____

4.- La dieta del diabético, ¿Debe tener más _____, menos _____ o igual _____ contenido de azúcares que la dieta ideal de una persona sana?

5.- Una persona diabética ¿Debe tener más _____, menos _____ o igual peso que el ideal para la edad y estatura, además de complejión?

6.- ¿Espera curarse de su diabetes?

Si _____ No _____

- 7.- ¿Podrían llegar a padecer la enfermedad sus hijos?
 Sí _____ No _____
- 8.- ¿Por qué?
 Porque se hereda _____ Otra causa _____
- 9.- ¿Es dañino para Ud. que haga ejercicios?
 Sí _____ No _____
- 10.- ¿Por qué?
 Porque ayuda a controlar la glucemia, mantiene un
 cionalidad del árbol circulatorio _____
 Otra causa _____
- 11.- Si Ud. se cortara o tuviera alguna lesión en los -
 pies, ¿Se aplicaría merthiolate o tintura de yodo?
 Si _____ No _____
- 12.- Si Ud. en cuestión de minutos u horas iniciara con
 todos o algunos de los síntomas siguientes: hambre
 debilidad, palpitaciones, cefalea, temblor nervio-
 sismo, sudoración, angustia; ¿Mejorarían o curarían
 sus síntomas si tomara azúcar?
 Si _____ No _____
- 13.- ¿Por qué?
 Por hipoglucemia _____ Otra causa _____
- 14.- Si Ud. en plazo de horas o días tuviera poliuria,
 politagia, polidipsia y pérdida de peso; ¿Mejora -
 rían o curarían sus síntomas si tomara azúcar?
 SI _____ No _____
- 15.- ¿Por qué?
 Por hiperglucemia _____ Otra causa _____
- 16.- ¿Cual es la glándula que funciona mal en su pade--
 cimiento?
 Páncreas _____ Otra _____

17.- ¿Cómo se llama la hormona alterada en su enfermedad?

Insulina _____ Otra _____

18.- ¿Cuáles son los medicamentos útiles en el control -
de su padecimiento?

Insulina e hipoglucemiantes orales _____

Otros _____

19.- Tiene Ud. mayor riesgo que una persona sana de tener problemas cardiacos, renales u oculares?

Si _____ No _____

20.- ¿Por qué?

Por arterioesclerosis y microangiopatía _____

Otra causa _____

Como se observará, los enunciados en cada cuestión aparecen en lenguaje técnico-Médico, pero al aplicar el cuestionario se adecuó al nivel cultural del paciente.- Las preguntas se basaron en los objetivos operativos de la carta descriptiva de las pláticas de Trabajo Social. Cada pregunta tenía un valor de acuerdo a los siguientes parámetros: comprensión, 3 puntos; con 3 opciones de -- respuesta, 2 puntos; con 2 opciones de respuesta, un -- punto.

Las excepciones a estaregla fueron las 3 primeras preguntas, referentes a la dieta, con valor de un punto cada una pero interrelacionadas de tal forma que al ser mal contestada alguna de ellas anulaba o disminuía el - valor de las demás, por ejemplo, la primera cuestión -- vale 3 puntos al ser contestada en forma correcta y se omiten las 2 siguientes, o al acertar la tercera, toma valor de 3 puntos.

Originalmente el valor total del cuestionario era de 35 puntos; sin embargo, ya en el trabajo de campo se observó que algunas preguntas no podían adaptarse adecuadamente a la cultura del paciente, por lo que la exigen-

cia para considerar como buena la información tué a par
tir de 25 puntos.

VALOR DEL CUESTIONARIO:

0-18 puntos	Mala información.
19-24 puntos	Regular información
25 y más puntos	Buena información.

Los pacientes se agruparon de acuerdo a su escola-
ridad y cada grupo se dividió a su vez en completa e in-
completa, con subgrupos de asistencia completa o incom-
pleta a las pláticas de diabetes.

R E S U L T A D O S

ESTADISTICA DE LA EDAD

```
*****
*          SUMMARY STATISTICS          *
*          ON DATA SET:                *
*          ESTADIST.-EDAD              *
*****
```

BASIC STATISTICS

Var. Names EDAD	% of Obs. 75	% of Missing 0
Var. Names EDAD	Mean 57.2857	Std. Dev. 10.5105
Var. Names EDAD	Std. Error 1.1978	Coef of Variation 18.3474
Var. Names EDAD	Coef of Skewness -.1090	Coef of Kurtosis -.4815

95% CONFIDENCE INTERVAL ON MEAN

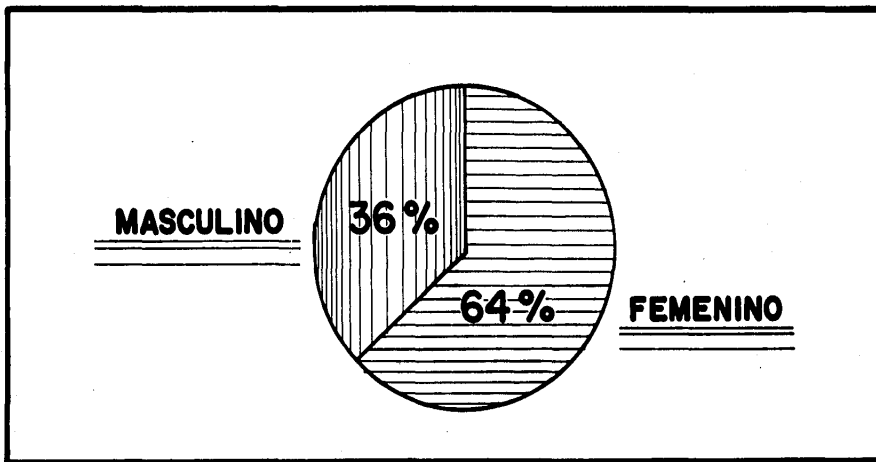
Var. Names EDAD	Lower Limit 54.8996	Upper Limit 59.6718
-----------------------	------------------------	------------------------

ORDER STATISTICS

Var. Names EDAD	Maximum 78.0000	Minimum 33.0000
Var. Names EDAD	Range 45.0000	Midrange 55.5000
Var. Names EDAD	Median 58.0000	
Var. Names EDAD	25-th % 49.0000	75-th % 65.0000

GRAFICA No. 1

PORCENTAJE DE SEXOS DE LOS PACIENTES DIABETICOS EN EL
H.G.R. M.F. No.1 MORELIA, MICH., 1985 .



FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES DIABETICOS

CUADRO No. 1

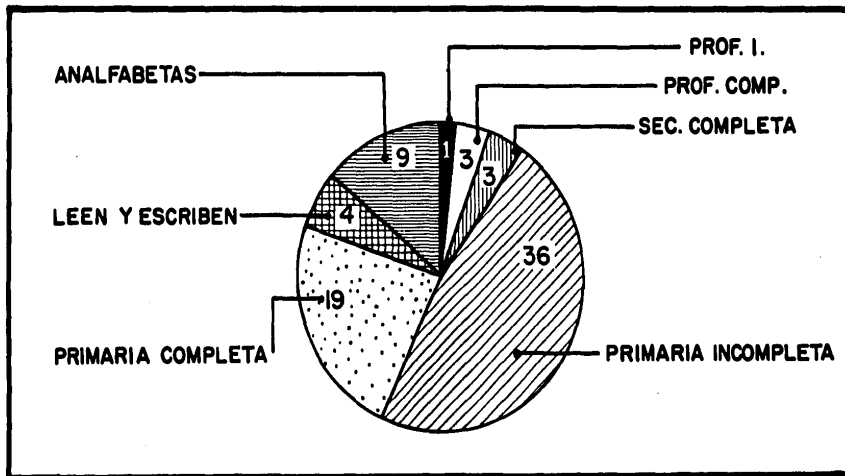
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES EN GRUPOS DE ESCOLARIDAD Y ASISTENCIA A LAS PLATICAS DE DIABETES EN EL H.G.R. M.F. No. 1 MORELIA, MICH., 1985.

ESCOLARIDAD	COMPLETA O INCOMPLETA	ASIST. A PLATICAS	No. DE PACIENTES	TOTAL POR GRUPOS ESCOLARIDAD	%
ANALFABETAS		COMPLETA	6	9	12
		INCOMPLETA	3		
LEE Y ESCRIBE		COMPLETA		4	5.5
		INCOMPLETA	4		
PRIMARIA	COMPLETA	COMPLETA	13	55	73
		INCOMPLETA	6		
	INCOMPLETA	COMPLETA	23		
		INCOMPLETA	13		
SECUNDARIA	COMPLETA	COMPLETA	2	3	4
		INCOMPLETA	1		
	INCOMPLETA	COMPLETA			
		INCOMPLETA			
PREP. O EQUIVALENTE	COMPLETA	COMPLETA			
		INCOMPLETA			
	INCOMPLETA	COMPLETA			
		INCOMPLETA			
PROFESIONAL	COMPLETA	COMPLETA	2	4	5.5
		INCOMPLETA	1		
	INCOMPLETA	COMPLETA	1		
		INCOMPLETA			
GRAN TOTAL			75	75	100.0

FUENTE: ENCUESTA A PACIENTES DIABETICOS

GRAFICA No. 2

NUMERO DE PACIENTES POR GRUPO DE ESCOLARIDAD EN LOS
PACIENTES DIABETICOS ENCUESTADOS EN EL H.G.R. M.F. No.1
MORELIA, MICH., 1985.



FUENTE: CUADRO No. 1

ESTADISTICA DE LA CALIFICACION

```
*****
*          SUMMARY STATISTICS          *
*          ON DATA SET;                *
*          ESTADIST.-CALIF.            *
*****
```

BASIC STATISTICS

```
-----
```

Var. Names	% of Obs.	% of Missing
CALIF.	75	0

Var. Names	Mean	Std. Dev.
CALIF.	15.0519	6.6430

Var. Names	Std. Error	Coef of Variation
CALIF.	.7570	44.1335

Var. Names	Coef of Skewness	Coef of Kurtosis
CALIF.	.1015	-.2826

95% CONFIDENCE INTERVAL ON MEAN

```
-----
```

Var. Names	Lower Limit	Upper Limit
CALIF.	13.5438	16.5601

ORDER STATISTICS

```
-----
```

Var. Names	Maximum	Minimum
CALIF.	29.0000	0.0000

Var. Names	Range	Midrange
CALIF.	29.0000	14.5000

Var. Names	Median
CALIF.	15.0000

Var. Names	25-th %	75-th %
CALIF.	11.0000	18.0000

CUADRO No. 2

PROMEDIO DE CALIFICACIONES POR GRUPOS DE ESCOLARIDAD SEGUN ASISTENCIA A LAS PLATICAS DE DIABETES EN EL H.G.R. M.F. No. 1 MORELIA, MICH., 1985.

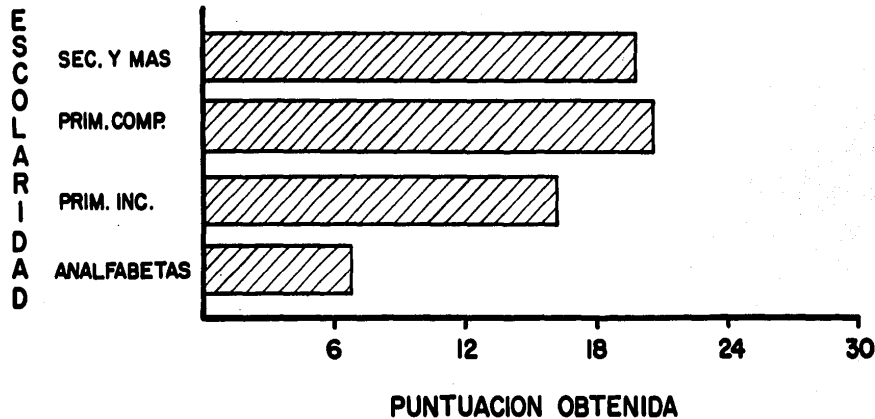
ESCOLARIDAD	COMPLETA O INCOMPLETA	ASISTENCIA	PROMEDIO
ANALFABETAS		COMPLETA	6.8
		INCOMPLETA	6
LEEN Y ESCRIBEN		COMPLETA	
		INCOMPLETA	11.0
PRIMARIA	COMPLETA	COMPLETA	20.5
		INCOMPLETA	13.5
	INCOMPLETA	COMPLETA	16.1
		INCOMPLETA	12.5
SECUNDARIA Y MAS		COMPLETA	19.8 *
		INCOMPLETA	26.5

* MODA:24

FUENTE : ENCUESTA A PACIENTES DIABETICOS

GRAFICA No. 3

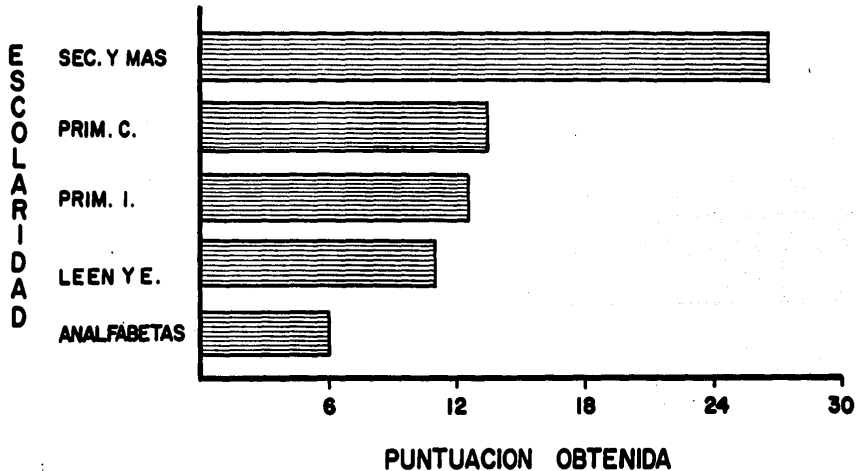
PROMEDIO DE CALIFICACIONES EN GRUPOS DE ESCOLARIDAD CON ASISTENCIA COMPLETA A LAS PLATICAS DE DIABETES EN EL H.G.R. M.F. No.1 MORELIA, MICH., 1985.



FUENTE : CUADRO No. 2

GRAFICA No. 4

PROMEDIO DE CALIFICACIONES EN GRUPOS DE ESCOLARIDAD CON ASISTENCIA INCOMPLETA A LAS PLATICAS DE DIABETES EN EL H.G.R. M.F. No.1 MORELIA, MICH., 1985.

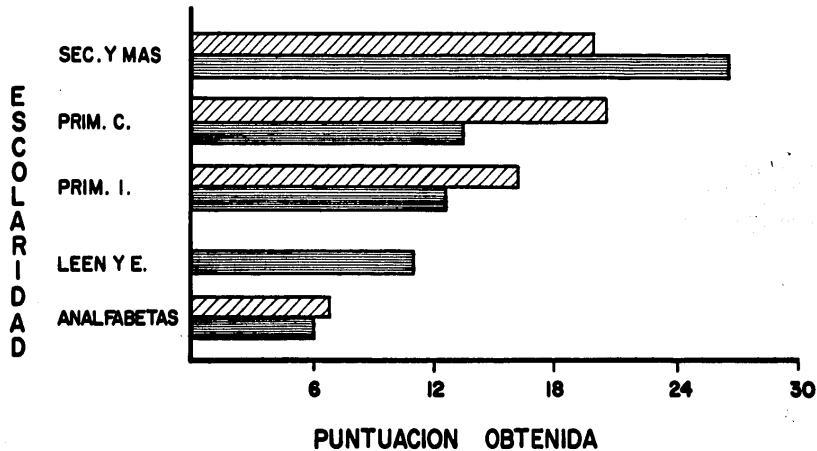


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FUENTE: CUADRO No. 2

GRAFICA No.5

PROMEDIO DE CALIFICACIONES EN GRUPOS DE ESCOLARIDAD CON ASISTENCIA COMPLETA E INCOMPLETA A LAS PLATICAS DE DIABETES EN EL H.G.R. M.F. No.1 MORELIA, MICH., 1985.



 Completa
 Incompleta

FUENTE: CUADRO No.2

DISCUSION

Los resultados obtenidos de las entrevistas nos ofrecen una panorámica de la información del paciente diabético sobre su enfermedad y la influencia de la escolaridad - en la asimilación de dicha información.

En la gráfica 1 se observa el predominio del sexo femenino y en la estadística de edad un promedio de 57.28 años. Con estos informes ya ubicamos a los pacientes en edad adulta; el menor número de pacientes masculinos en trevistados (36 %) obedece a que también la mayoría de los citatorios (73 % aprox.) iban dirigidos a pacientes del sexo femenino. En la diabetes mellitus el sexo femenino es afectado con mayor frecuencia (9), y esta podría ser la razón de la diferencia de proporciones en cuanto a sexos, en nuestra encuesta.

El cuadro 1 y la gráfica 2 muestran la mayor proporción del nivel de primaria con respecto a la escolaridad (73.5) y de este grupo continúa siendo más numeroso el subgrupo de primaria incompleta, lo cual va acorde con los índices nacionales de alfabetismo. Una proporción alta de analfabetas y con rudimentos de escolaridad (17.5 %) está presente, aunque son personas de edad adulta, incluso madura, que tuvieron menor oportunidad de educación.

De los grupos de escolaridad media y superior sólo se reunieron entre todos ellos 7 elementos, situación que ya se sospechaba al enviar los citatorios, pues la mayoría de ellos iban dirigidos a colonias populares urbanas y suburbanas. No se pretende afirmar que existe mejor nivel socioeconómico a mayor escolaridad, pero con frecuencia una escolaridad alta ofrece mejores oportunidades para un status más elevado (10). Esto nos podría hacer concluir prematuramente que la Seguridad So

cial no abarca a los grupos de escolaridad más elevada - si se pierde de vista la realidad educativa del país. - Por la razón citada al inicio de este párrafo, se concentraron los pacientes de secundaria y más como un solo grupo.

En la estadística de calificaciones encontramos -- promedio general de 15.05, ésto es, cae en el rango de mala información, observación que no varía mucho al examinar los promedios por grupo de escolaridad, donde sólo los grupos de primaria y secundaria completas con asistencia completa a las pláticas alcanzan el nivel de regularidad y apenas rebasan el límites interior de ese rango. En el grupo de secundaria y más se aclara lo siguiente: en el cuadro 2 se señala la moda en el subgrupo con asistencia completa a las pláticas, ya que por la escasez de elementos, un valor extremo interior disminuyó significativamente el promedio (11), y por esta misma causa el subgrupo con asistencia incompleta alcanzó un promedio elevado. También en el mismo cuadro 2 encontramos mayores promedio en los grupos de escolaridad con asistencia completa a las pláticas, pero en forma proporcional al grado de escolaridad, y sin llegar a alcanzar al grupo superior adyacente en el mismo rango de asistencia. Las gráficas 3,4 y 5 ilustran lo expresado en los párrafos anteriores.

CONCLUSIONES.

- 1.- Existe falta de información sobre su enfermedad en el paciente diabético.

Las conclusiones faltantes se aplican desde los -- analfabetas hasta los grupos de primaria completa; - el de secundaria y más se aparta de las conclusiones influido por la escasez de sus elementos y la amplia variabilidad en sus calificaciones.

- 2.- Se observa que la falta de información es influida por el grado de escolaridad.
- 3.- La asistencia completa a las pláticas de diabetes mejora en forma proporcional el promedio de calificaciones, sin alcanzar al grupo de escolaridad superior en la misma clasificación de asistencia.

RECOMENDACIONES.

Teniendo en cuenta la escolaridad primaria es la predominante y que a corto plazo no podemos pensar en incrementarla, conviene mejorar la información proporcionada por Trabajo Social con estas acciones concretas.

- a).- Realizar pre y pos-evaluación en cada serie de pláticas con objeto de medir la eficiencia alcanzada y recalcar los conocimientos que interesan que al paciente asimile.
A los analfabetas se les evaluaría en forma verbal.
- b).- Cómo los aspectos médicos son impartidos por diferentes residentes de Medicina Familiar en cada ciclo de pláticas, es deseable que la bibliografía de apoyo en cada sesión se encuentre archivada en Trabajo Social, con los temas específicos fotocopiados para uniformar diferentes conocimientos, y revisar con regularidad la actualidad de esos conocimientos aportando artículos de revistas de investigación a la bibliografía básica.
- c).- Que el residente asignado a alguna plática done material didáctico, ya sea una diapositiva, una lámina de rotafolio, etc., que enriquezca la estrategia de aprendizaje.
- d).- Finalmente, con asesoría de educadores y otras personas con conocimientos de didáctica se ensayen nuevas técnicas de enseñanza más participativas y

y dinámicas, sobre todo porque la generalidad de nuestro auditorio son personas de edad adulta y madura, con escolaridad elemental, con poca capacidad de abstracción y flexibilidad mental.

El Médico Familiar debe continuar enviando el total de pacientes diabéticos a las pláticas de Trabajo Social, y puede él mismo elaborar una serie de pequeñas pláticas en tiempo, para cuando el paciente asista a consulta proporcionarle además de terapéutica medicamentosa si la requiere una "cápsula" de información, anotando en el expediente el contenido de la información.

Convendría encontrar una forma de incrementar la asistencia de familiares de los pacientes diabéticos a las pláticas. Ya todos conocemos la importancia de la influencia de los hábitos familiares, entre ellos los que atentan contra la vida ordenada y metódica que debe seguir el enfermo diabético, y que idealmente debería seguir todo el núcleo familiar, en especial si existe fuerte carga genética.

Para concluir, contiamo en que estas medidas elevarían el nivel de información de su enfermedad en los pacientes diabéticos y, en consecuencia, la toma de conciencia de lo conveniente de seguir una vida higiénica y de atender cualquier manifestación de alarma que le permita llevar una vida plena y prácticamente normal.

Queda abierta una puerta en el camino.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Vázquez R. V. Apuntes de Historia Natural de la Enfermedad y Niveles de Prevención. Monografía. 1980: 80-81.
2. Barquet H.S. La importancia de la instrucción del diabético sobre su padecimiento. Tesis. Morelia, Mich.,-1984.
- 3- Hernández y H.H., García B. A. La Cardiopatía Reumática desde el punto de vista biopsicosocial. Bol. Med.-IMSS 1979; 1: 11-16.
- 4- Clínica de diabetes y obesidad. Manual del Enfermo Diabético. México, D. F.: Hospital de Enfermedades de la Nutrición, 1963.
- 5- García V.M. Valverde R.C., Fundamentos de Endocrinología a Clínica. 3a. ed. México, D. F.: La Prensa Médica Mexicana, 1979: 264-289.
- 6- Nerici G.I. Hacia una Didáctica General Dinámica. México, D. F.: Editorial KAPELUSZ, S. A., 1984: 19-23; 66-84; 90.
- 7- Freedman M. A., Kaplan I.J., Sadock J. B. Compendio - de Psiquiatría. Barcelona, España: Salvat Editores, S. A., 1979: 200-300.
- 8- Archivos de Trabajo Social.
- 9- Herrera P.J.L. Diabetes Mellitus. Bases patogénicas, Clínicas y Terapéuticas. Madrid, España: Editorial -- Científico Médica, 1981.
- 10- Susser W.M.; Watson W. La sociología en la Medicina.- México, D. F.: IMSS, 1982: 340-344.
- 11- Wayne W.D. Bioestadística: Base para el Análisis de - las Ciencias de la Salud. México, D. F.: Editorial - Limusa, S. A.; 1983: 6-8.