

11226  
20/190



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

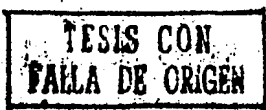
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE MEDICINA  
Hospital General de Zona "Aragón" N° 29  
Instituto Mexicano del Seguro Social

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y EL  
CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES EN UN GRUPO DE  
PACIENTES DIABETICOS.

TESIS RECEPCIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
Especialista en Medicina Familiar  
P R E S E N T A  
Dr. Francisco Javier Solís Soriano

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1986





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

	Página
ANTECEDENTES .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
JUSTIFICACION .....	10
OBJETIVOS .....	11
MATERIAL Y METODOS .....	12
VARIABLES E INDICADORES .....	14
UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA .....	15
CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA .....	17
RESULTADOS .....	22
CONCLUSIONES Y COMENTARIOS .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	39

## ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica - con una base hereditaria demostrable en la mayor parte de los casos y con algunas relaciones no bien definidas todavía a algunas infecciones virales. Su base fenomenológica consiste en una alteración del metabolismo de los carbohidratos la cual está condicionada por la falta relativa o absoluta de insulina debido a una disfunción tisular del páncreas. Tiene además, una distribución muy amplia entre la población mundial y afecta a un número mayor de mujeres que de hombres - hasta una proporción de 2:1.

La predisposición genética para la diabetes se encuentra ampliamente difundida entre la población de todas las clases sociales, sin embargo no todos los individuos con carga genética la llevan a desarrollar, de manera que se propone la existencia de algunos factores externos, como la dieta, en calidad de favorecedores del desencadenamiento del proceso patológico, - que induce la hiperglucemia como manifestación más o menos tensible y los procesos patológicos asociados a las complicaciones tardías de diversos tipos.

La falta de insulina como factor fisiopatológico principal puede ser solamente relativa más que absoluta, de manera que en algunos casos se encuentra sintomatología diabética sin demostrarse hipoinsulinemia -

real. Así, se han establecido algunas clasificaciones y subclasificaciones para englobar estos estados clínicos en un esquema comprensible. La división principal define la diabetes mellitus tipo I como la diabetes - del tipo juvenil, en la que la carencia de insulina - es más severa y existe mayor tendencia a la cetoacidosis; por otro lado, se define a la diabetes tipo II - como la diabetes de tipo adulto, más benigna, de más fácil control, y en la que la ausencia de insulina - puede ser solamente relativa.

La diabetes de tipo adulto o diabetes mellitus - tipo II con mucho, es la forma más frecuente de la enfermedad, y entre los factores que se consideran favorecedores de su aparición cuentan la obesidad, la vida sedentaria, la dieta rica en carbohidratos, el sexo femenino y la edad entre 45 y 60 años. La alta frecuencia de esta enfermedad y sus complicaciones observadas en nuestro tiempo han dado lugar a la interpretación de ésta como una enfermedad de la civilización, sobre todo en lo que concierne a los hábitos alimentarios como factores condicionantes en nuestra sociedad actual; no obstante, hay que pensar en que la disminución de la mortalidad por procesos infecciosos ha disminuido y con ello ha habido un aparente aumento en - la incidencia de enfermedades de tipo degenerativo al aumentar la expectativa de vida en general.

Claramente, la Diabetes Mellitus es una causa subyacente o contribuyente en muchos de los padecimientos crónicos y es responsable por esto del acortamiento de la expectativa de vida por encima de los 70 años, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, considerando todas las causas de muerte por enfermedad. Hay también una cierta morbilidad por esta enfermedad en individuos de menor edad debido a la diabetes de tipo juvenil, pero afortunadamente este tipo de diabetes es menos frecuente. De todas formas, la diabetes no deja de ser un importante problema de salud que ocupa gran parte de los presupuestos en la medicina institucional y representa una pérdida considerable en productividad a muchos países del orbe. Las complicaciones de la diabetes dan cuenta de muchas pérdidas económicas y de vidas productivas en todo el mundo.

Los costos por morbilidad, respecto a la atención médica, la baja de productividad y los gastos por medicamentos han sido calculados en algunas naciones por varios autores; así encontramos por ejemplo, que en Estados Unidos, se ha estimado un costo aproximado a los quince billones de dólares anuales solamente en gastos debidos a la atención de diabéticos (1); por otro lado, en Suiza, Bengt Jönsson menciona un costo de 1300 millones de francos suizos al año duran

te 1978 en atención médica, productividad disminuida y muerte prematura con un 43% del total correspondiendo solamente a los gastos por atención médica (2). Esos estudios y otros similares hablan de la importancia económica que este padecimiento tiene en el mundo en general, y en nuestro país, en particular. En México no se cuenta con estimaciones estrictas del mismo tipo pero es evidente que nuestra situación no es mejor. Por un lado compartimos patologías típicas de grandes urbes debido a nuestra incompleta incorporación a la tecnología y, por otro, arrastramos ancestrales cadenas idiosincrásicas que nos mantienen en el subdesarrollo y favorecen la afectación de la salud aumentando la mortalidad por padecimientos que ha tiempo otras naciones han erradicado.

En nuestro país, el costo económico que la diabetes representa en todas sus facetas es seguramente bastante alto, mucho más aún si consideramos que la situación económica nacional requiere menos egresos y mayor productividad. Y la productividad se ve disminuida en mucho por la enfermedad, el ausentismo, las complicaciones y la muerte. Puede inferirse que en nuestra institución son también grandes los gastos que representa la atención a esta enfermedad. Es alta la frecuencia de consulta por Diabetes Mellitus en el servicio de Medicina Familiar, constituye casi la mi-



dad de los casos recibidos en la consulta de especialidad de endocrinología y gran número de los pacientes recibidos por el servicio de Urgencias que requieren hospitalización son pacientes diabéticos descompensados o pacientes cuyos padecimientos pueden ser asociados directa o indirectamente a la diabetes, por ejemplo, accidentes vasculares cerebrales, nefropatías crónicas o trastornos cardiovasculares. Según el informe anual correspondiente a 1985 del servicio de Urgencias, la descompensación diabética se encuentra entre las diez principales causas de internamiento en ese servicio de nuestro hospital. La descompensación del paciente diabético es un indicador de los defectos en el cumplimiento de las indicaciones prescritas. A menudo se ha observado que en la historia del paciente diabético existen anomalías en cuanto al seguimiento de la dieta, el uso de medicamentos o la renuencia del paciente a acudir a consulta cuando sus síntomas le son aún tolerables. Además, parece existir en la conducta del paciente diabético una especie de negación o rechazo a la idea de estar enfermo "incurablemente" y, en general, trata de evitar todo lo relacionado al cuidado de su enfermedad dando lugar así a campo favorable para la instalación de complicaciones de diversa índole que eran prevenibles.

Mucho se ha reconocido desde siempre el valor de

la participación activa del paciente diabético en su propio programa de control. La diabetes es un padecimiento que el paciente ha de llevar toda su vida, sin embargo, hay que vencer con la educación muchos malentendidos que el paciente promedio llega a tener con respecto a su control. El paciente diabético debe ser ayudado a aceptar el hecho innegable de su enfermedad; la educación debe hacerse extensiva a la familia y debe lograrse una adecuada comunicación entre el médico y el paciente para lograr un buen control.

No obstante, la calidad del control que se puede alcanzar en el paciente diabético se ve afectada por factores múltiples de diversa índole. En el plano más general nos encontramos limitantes económicas con respecto al costo de medicamentos; carecemos de investigación sobre soluciones alternativas de tratamiento medicamentoso más accesibles a nuestra población y -- que podrían limitar nuestra dependencia económica hacia el extranjero (como la investigación sobre el normal); por otro lado, hay aspectos limitantes de tipo social y educativo, los cuales quizá tengan mayor importancia dentro de nuestra institución dado que la atención y medicamentos se ofrecen sin cargo al derechohabiente, y ellos son factores indirectos de alteración a los hábitos higiénicos y alimentarios cuyo cuidado tiene tanta importancia en el diabético.

Además de los aspectos de tipo educativo, coexisten otros trastornos que son variables para cada paciente en particular pero comunes a la mayoría y que son parte de la propia dinámica familiar y social en que el paciente vive; por ejemplo, pueden existir problemas específicos que afecten el control de un paciente diabético en el seno de una familia numerosa debido a las dificultades que supone el cuidado especial de la dieta para una sola persona; también, hay que considerar la posibilidad de tensión psicológica continua donde el espacio vital es reducido, estos mismos trastornos familiares afectan directamente la asistencia del diabético a sus consultas de control en forma oportuna favoreciendo su descontrol y la eventual aparición de complicaciones severas.

Las dificultades personales que el paciente diabético puede presentar dentro de su ámbito familiar generalmente se ven acompañadas de una tenencia negativa hacia la dieta la cual ya ha sido reconocida en previos estudios que concluyen que "más de la mitad de los pacientes diabéticos no cumplen con las dietas que se les prescriben" (3). Esta falta de consistencia en su control puede tener también causas variadas; en parte, la extracción social del paciente puede interferir en la comprensión adecuada de las instrucciones; por otro lado, es posible que el factor económi-

co tenga relevante importancia en algunos de los casos al limitar la variedad de los alimentos que el paciente puede consumir a los de tipo carbohidrato dado que son los de menor precio. En este punto, podría argumentarse que no hay gran problema ya que los criterios acerca de la dieta del diabético actualmente son más liberales en cuanto al consumo de carbohidratos - dado que las investigaciones concluyen que se puede - permitir hasta un 60% de ellos en la dieta ya que una dieta de este tipo mejora el control al aumentar la - sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina (4), sin embargo, una dieta de tales características - tiene que ser complementada con una cantidad equili- - brada de proteínas ya que la dieta del paciente de pocos recursos suele tener poco contenido proteico de - bido al alto costo de estos alimentos.

Este estudio entonces, pretende analizar algunos de los factores que influyen en el cumplimiento de -- las indicaciones ofrecidas a los pacientes diabéticos en el Hospital General de Zona #29 IMSS.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la acción terapéutica para Diabetes Mellitus se reconoce de fundamental importancia la participación activa, conciente y efectiva del propio paciente a través del cumplimiento adecuado de las medidas Higiénico-dietéticas. En el servicio de Urgencias del H.G.Z. No.29 del IMSS uno de los principales motivos de internamiento lo constituyen los casos de descompensación diabética. El cumplimiento adecuado de las indicaciones médicas debiera limitar las posibilidades de complicación.

Una observación personal durante mi rotación por el servicio de Consulta Externa en Medicina Familiar fué que los pacientes diabéticos que acuden a consulta para su control a menudo no siguen correctamente las indicaciones Higiénico-dietéticas recomendadas para su manejo adecuado.

## J U S T I F I C A C I O N

La Diabetes Mellitus es un problema de salud muy importante por la seriedad de las complicaciones que puede generar. El diabético promedio tiene una imagen equivocada acerca de lo que debe ser su control ideal. Es importante entonces investigar cuáles son las causas que influyen en la conducta del paciente diabético y el cumplimiento o la aceptación de las indicaciones Higiénico-dietéticas prescritas para su control.

## O B J E T I V O S

## OBJETIVO GENERAL.

Mostrar las razones por las que los pacientes diabéticos no siguen adecuadamente las indicaciones Higiénico-dietéticas que se les han prescrito.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1) Demostrar si el paciente diabético sigue adecuadamente las indicaciones Higiénico-Dietéticas.

2) Investigar si el paciente diabético conoce adecuadamente la magnitud de su problema y la importancia de seguir correctamente las indicaciones prescritas para su control.

3) Demostrar cuáles son los factores que influyen negativamente en el seguimiento de las indicaciones Higiénico-dietéticas en los pacientes diabéticos.

## MATERIAL Y METODOS

## I. DEFINICION DE LA POBLACION

## 1.-Características de la población.

La población de estudio será tomada entre los pacientes diabéticos que acudan a la Consulta Externa del servicio de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona Aragón N° 29 del IMSS.

## 2.-Espacio y Tiempo.

El espacio será limitado al área de consultorios del servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. No 29 "Aragón" durante el periodo comprendido entre el 12 y el 20 de febrero de 1986.

## II. SELECCION DE LA MUESTRA.

## 1.-Criterios de inclusión

a) Serán incluidos en el estudio todos los pacientes diabéticos que acudan a la Consulta Externa del servicio de Medicina Familiar.

b) Serán elegidos los pacientes que acudan a consulta durante el periodo previsto para la realización de las encuestas.



c) Los pacientes incluidos en el estudio serán aquellos que, habiendo cumplido los puntos anteriores, acepten participar voluntariamente en él.

## 2.-Criterios de exclusión

a) No serán aceptados en el estudio aquellos pacientes que acudan a consulta por motivo diferente al de diabetes mellitus o que no tengan establecido ese diagnóstico.

b) Serán excluidos los pacientes que no acepten participar voluntariamente.

c) No serán incluidos los pacientes que no acudan a consulta durante el periodo previsto para la realización de las encuestas.

## III. METODO DE ESTUDIO.

Para este estudio se usará el método de encuesta directa a los pacientes seleccionados por medio de un cuestionario de 44 preguntas cuyo contenido se describe al final de este capítulo.

## VARIABLES E INDICADORES

Las variables consideradas para este estudio serán las siguientes:

- I. Conocimiento general de la Diabetes Mellitus
  - a) De la etiología
  - b) De las medidas de prevención
  - c) De las complicaciones.
  
- II. Cumplimiento de las indicaciones Higiénico--dietéticas:
  - a) Higiene corporal
  - b) Control de peso
  - c) Dieta
  - d) Uso de medicamentos prescritos
  - e) Asistencia a consulta y laboratorio
  - f) Asistencia a pláticas educativas
  
- III. Situación económica familiar.

## UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA

Variables e indicadores	Preguntas e incisos que les evalúan	Preguntas e incisos filtro	Categorización parcial por pregunta.	Categoría final de la variable
Conocimiento de la etiología	2 (a, b, c)	2 (a, e, f, g, )	2 Conoce (2-3) No conoce (0-1)	Conoce (2-3) No conoce (0-1)
	5 (c, e)	5 (a, b, f)	5 Conoce (1-2) No conoce (0)	
	9 (a, b, e)	9 (c, d)	9 Conoce (2-3) No conoce (0-1)	
Conocimiento de las complicaciones	6 (a, b, d, e)	6 (c, f)	6 Conoce (2-4) No conoce (0-1)	Conoce (1-2) No Conoce (0)
	10 (a, b, d, )	10 (c)	10 Conoce (0-1) No conoce (2-3)	
Conocimiento de las medidas preventivas	7 (a, c, d)	7 (b, e)	7 Conoce (1-3) No conoce (0)	Conoce (1-2) Noconoce (0)
	8 (a, b, )	8 (c)	8 Conoce (a "sí", b "no") Noconoce (a "no", b "sí")	
Práctica de las medidas de Higiene	14	13, 16	14 Adecuado "si" Inadecuado "no"	Adecuada (2-4)
	15		15 Adecuado (36+) Inadecuado (1-2)	
	17		17 Adecuado "no" Inadecuado "si"	Inadecuada (0-1)
	19		19 Adecuado (1-2) Inadecuado (0)	
Control de peso	20		20 Lo conoce No lo conoce	Lleva (1-2) No lleva (0)
	21		21 Adecuado (1-+) Inadecuado (0)	
Prescripción de dieta	23		Si No	Se ha prescrito No se ha prescrito.
Calidad de la dieta	24, 25, 26, 27	22		Adecuada Inadecuada
Uso de los medicamentos	29	28, 30	29 Los menciona No sabe	Adecuado (2-3) Inadecuado (0-1)
	43		43 Adecuado "no" Inadecuado "si"	
	44		44 Adecuado "no" Inadecuado "si"	

## UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA

(continuación)

Variables e indicadores	Preguntas e incisos que les evalúan	Preguntas e incisos filtro	Categorización parcial por pregunta	Categoría final de la variable
Asistencia a servicio M.P.	11 (a,c)	11 (b,d) 12 13 31	11 Acude (si a y c) No acude (b,d)	Acude (2-3)
	32		32 Acude "no" No acude "si"	No acude (0-1)
	33		33 Acude "si" No acude "no"	
Asistencia a laboratorio	35		35 Acude (más de 3) No acude (0-2)	Acude (1-2)
	36		36 Acude "si" No acude "no"	No acude (0-1)
Asistencia a pláticas informativas	34		Acude (c,d) No A. (a,b)	Acude (1-2) No A. (0)
Economía militar	37, 38, 39, 40	41, 42		Adecuada Medio Deficiente

## CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

Nombre

Sexo

Edad

Cedula

Domicilio

1. Desde cuándo se sabe diabético?:

- a) un año o menos ( )      b) 1-3 años ( )  
 c) 3-5 años ( )      d) más de 5 años ( )

2. Ud considera que la diabetes es una enfermedad:

- a) incurable ( )      b) crónica ( )      c) Hereditaria ( )  
 d) pasajera ( )      e) Contagiosa ( )

3. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por "descompensación diabética"?      Si ( )      No ( )

4. En caso positivo, cuál o cuales fueron las causas que originaron la descompensación

- a) Abandono de la dieta ( )      b) Dejo de tomar sus medicamentos ( )  
 c) Tuvo problemas familiares ( )  
 d) Lo desconoce ( )

5. Según lo que usted conoce, la diabetes se produce por:

- a) Un susto ( )      b) un coraje ( )      ---  
 c) Por herencia ( )      d) Por comer dulces ( )      ---  
 e) Por ser obeso ( )

6. La diabetes puede producir complicaciones en:

- a) Los ojos ( )      b) Los riñones ( )      c) El hígado ( )  
 d) El corazón ( )      e) Puede provocar --  
 tendencia a las infecciones ( )      f) No produce complicaciones ( )

7. La diabetes, a su juicio, podría prevenirse:
- Cuidando de la dieta a hijos de diabéticos ( )
  - Evitando fumar ( )
  - Evitando excesos en la dieta ( )
  - Cuidando de conservar el peso normal ( )
  - Evitando los resfriados ( )
8. El paciente diabético:
- Debe vigilar su peso Si ( ) No ( )
  - Debe usar ropa muy ajustada Si ( ) No ( )
  - Debe evitar los viajes Si ( ) No ( )
9. La diabetes
- Solamente se controla con dieta ( )
  - Solo se controla con medicinas ( )
  - Se controla con insulina solamente ( )
  - No se puede controlar ( )
  - Generalmente, se controla con dieta y medicamen  
tos ( )
10. La insulina:
- Produce ceguera ( ) b) Produce sordera ( )
  - Solo se usa para pacientes graves ( )
  - Es venenosa ( )
11. Usted acude a consulta con su Médico Familiar
- Solo si está citado ( ) b) Solo si se siente muy mal ( )
  - Quando tiene alguna duda sobre el tratamiento ( ) d) No acostumbra ir a consulta ( )
12. Si no acude a consulta, ¿qué motivos tiene?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
13. recibe Ud. consulta médica particular Si ( ) No ( )
14. Acostumbra lavar sus dientes Si ( ) No ( )

15. Cuántas veces por semana se baña Usted \_\_\_\_\_
16. Cuántas veces al día asea sus dientes \_\_\_\_\_
17. Usa medias o calcetines muy ajustados: Si ( ) No ( )
18. Cuántas veces por semana cambi. usted su ropa \_\_\_\_\_
19. ¿Qué hace Usted para corregir las callosidades de los pies?
- a) No se ocupa de ello ( )
- b) Usa objetos cortantes ( )
- c) Ha solicitado ayuda médica ( )
- d) Ha cambiado sus zapatos ( )
- e) Usa agua caliente ( )
20. Cuánto pesa Usted? \_\_\_\_\_
21. Cuántas veces al mes registra Usted su peso? \_\_\_\_\_
22. Cuántas veces al día toma Usted alimentos? \_\_\_\_\_
23. Se le ha recomendado una dieta específica por escrito? Si ( ) No ( )
24. ¿Ha eliminado algunos alimentos de su dieta? Diga cuáles.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
25. Diga en qué consiste un desayuno habitual de Ud.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
26. Habitualmente, ¿qué come usted en una comida común?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

27. ¿Qué es lo que usted acostumbra cenar, comúnmente?

\_\_\_\_\_

28. Su médico le ha recomendado a Usted algún medicamento? Si ( ) No ( )

29. ¿Qué medicamentos usa actualmente para su control?  
a) No usa medicamentos ( ) b) No sabe ( )

\_\_\_\_\_

30. ¿Cuántas veces al día usa sus medicinas? \_\_\_\_\_

31. Cada cuánto tiempo es citado por su Médico familiar

\_\_\_\_\_

32. Acude a consulta solo cuando se terminan sus medicinas Si ( ) No ( )

33. Va puntualmente a sus citas Si ( ) No ( )

34. ¿Cuántas veces ha ido a las pláticas para diabéticos?  
a) No le han enviado ( ) b) No le gusta ir ( )  
c) Una vez ( ) d) Dos o más ( )

35. Cuántas veces le han tomado muestras de sangre para su control diabético \_\_\_\_\_

36. ¿Acude usted puntualmente a sus citas de laboratorio? Si ( ) No ( )

37. Cuál es el ingreso familiar mensual \_\_\_\_\_

38. ¿Qué porcentaje del ingreso familiar se destina a la alimentación a) 25% ( ) b) 50% ( )  
c) 75% ( )



39. ¿Cuántas personas constituyen la familia? \_\_\_\_\_
40. De la familia, cuántas personas trabajan \_\_\_\_\_
41. Disponen de casa propia Si ( ) No ( )  
Pagan renta Si ( ) No ( )
42. Cuenta con automóvil propio Si ( ) No ( )
43. Cuando olvida una dosis de su medicamento, ¿tome  
dos a la siguiente? Si ( ) No ( )
44. ¿Usa su medicina solamente si se siente mal?  
Si ( ) No ( )

## R E S U L T A D O S

Se estudiaron 39 pacientes que acudieron a consulta externa en el servicio de Medicina Familiar durante el periodo comprendido entre el 12 y el 20 de febrero de 1986 en el H.G.S. # 29 "Aragón" del INSS obteniendo los resultados:

Se entrevistaron a 23 pacientes del sexo femenino (59%) y a 16 hombres (41%). Las edades de los pacientes oscilaron entre 40 y 84 años, con un rango mayoritario de edad de 8 pacientes para el rango de 45- a 55 años (20.5%) en las mujeres. Por otro lado, los rangos mayoritarios de edad en pacientes masculinos - fueron los de 45 a 55 años y 56 a 65 años, con seis - pacientes cada uno (15.4%, respectivamente). Las edades de los pacientes tuvieron una media de edad de 58 años. El sexo femenino alcanzó edades mayores hallándose tres pacientes en el rango de 76 a 85 años; mientras, la mayoría de ambos sexos, se ubicó en las edades de 56 a 75 años (56.4%). El cuadro 1 muestra los resultados según grupos de edad.

La investigación respecto a conocimiento que los pacientes tenían de su enfermedad concluyó que, en cuanto al conocimiento de la etiología de la Diabetes Mellitus 21 pacientes (53.8%) tienen un conocimiento adecuado y 18 sostienen ideas erróneas (46.5%); la i-

nea err6nea m6s observada es la que supone a las emociones como causa de la diabetes y se encontr6 en el 51.3% de los casos.

En el conocimiento de las complicaciones que la diabetes mellitus puede producir, 22 pacientes (58.8%) demostraron no tener un conocimiento adecuado, mientras que solo 13 (35%) conocían suficiente acerca de ellas; un 7% no respondieron a esta secci6n del cuestionario. 32 pacientes (83%) tienen la idea de que la insulina causa ceguera y 24 (60%) suponen que solamente se usa en pacientes graves.

En cuanto a medidas preventivas, 34 pacientes -- (87.2%) demostraron un conocimiento adecuado contra 13 (16.6%) que desconocen este aspecto. Veintid6s pacientes (53.8%) tuvieron una idea adecuada acerca de c6mo debe llevarse el control del diab6tico.

En el capitulo de pr6ctica de las medidas higi6nico-diet6ticas, se hizo una divisi6n de ambas fracciones por separado y con respecto a las medidas higi6nicas 26 pacientes (63.6%) afirmaron llevar adecuadamente las indicaciones; mientras que 9 (16.6%) fueron detectados con medidas inadecuadas de higiene corporal.

El control de peso fu6 llevado adecuadamente en 24 pacientes (61.5%) y nueve de ellos (23.0%) desconocían su peso o afirmaron no registrarlo con regulari-

dad.

La clasificación de la dieta determinó que 23 pacientes (el 72%) llevan una dieta inadecuada dado que restringen de sus alimentos solamente aquellos que -- son dulces sin reparar en los contenidos calóricos de se a que algunos tenían dietas prescritas de antemano; 19 pacientes, un 48.7%, habían recibido dieta por escrito, mientras que 20 (51.28%) lo negaron.

Veintiseis pacientes (67.4%) usan adecuadamente sus medicamentos mientras que 13 (32.6%) no los usan correctamente o los desconocen.

La calificación a asistencia al servicio de Medicina Familiar demostró 27 pacientes (69.2%) que afirmaron acudir puntualmente y ser citados por lo menos cada mes. No obstante, 21 pacientes (53.8%) contrariamente dijeron acudir a consulta solamente si se sentían mal. Veintisiete pacientes (75.6%) refirieron acudir puntualmente a sus citas de laboratorio. Las razones aludidas para la falta de constancia en las citas fueron, generalmente, problemas de horario de trabajo para los hombres (46.2%); problemas de tipo familiar (exceso de actividades) en las mujeres (21%) mientras que un 11% confesaron negligencia personal, el resto (21%) rehusó contestar.

La asistencia a pláticas orientadoras para diabéticos en el servicio de Trabajo Social fué de un 31.7%

(12 pacientes) para pacientes que habían acudido por lo menos en una ocasión. Dieciocho pacientes dijeron no haber acudido nunca porque no habían sido enviados; mientras el 23% (9 pacientes) afirmaron negligencia a pesar de las invitaciones. Ciertamente, se observó -- que el conocimiento adecuado de la etiología, las com plicaciones y las medidas de control era superior en aquellos que habían acudido a las pláticas.

El ingreso familiar, tomando en cuenta algunos ca-  
sos en que hay pensionados con bajos ingresos y otras familias con más de un miembro que trabaja, fué en -- promedio de \$91000 mensuales con límites mínimo de --- \$30000 y máximo de \$ 200000; el ingreso per cápita -- fué de 18248 pesos.

el número de miembros de la familia varió entre -- dos como mínimo y hasta 10 como máximo, con un prome-  
dio de 5 miembros por familia.

Edades y porcentajes de los pacientes diabéticos entrevistados que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.4. 29-IMSS durante el periodo comprendido entre el 12 y - el 20 de febrero de 1986.

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
45-55	6	15.4	8	20.5	14	35.9
56-65	6	15.4	6	15.4	12	31.8
66-75	4	10.2	6	15.4	10	25.6
76-85	0	0	3	7.7	3	7.7
TOTAL	16	41.0	23	59.0	39	100

Fuente: Encuestas.

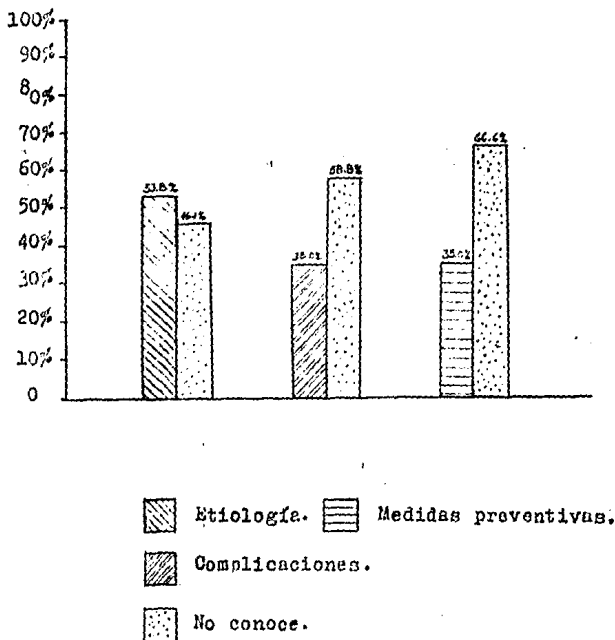
CUADRO 1

Calificación del conocimiento que sobre su enfermedad mostraron los pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa del servicio de Medicina Familiar del H.G.4. 29 IMSS durante el 12 al 20 de febrero de 1986

CONOCIMIENTO SOBRE :	CONOCE		NO CONOCE	
	No	%	No	%
ETIOLOGIA	21	53.8	18	46.1
COMPLICACIONES	13	35.0	22	58.0
MEDIDAS PREVENTIVAS	13	35.0	26	66.6

Fuente: Encuesta.

Clasificación del conocimiento que sobre su enfermedad mostraron los pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa del servicio de Medicina Familiar del H.G.A. 29 IMSS durante el 12 al 20 de febrero de 1986.



Fuente: Encuesta, Cuadro 2.

GRÁFICO 1



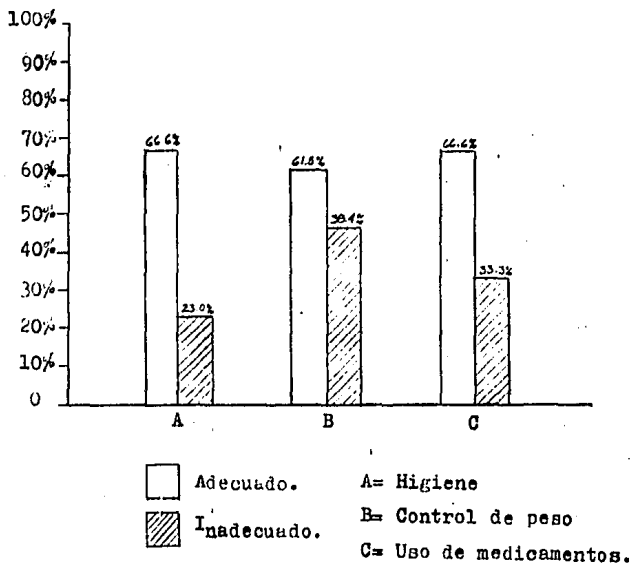
Cumplimiento de indicaciones médicas, Higiene -- Control del peso y Uso de medicamentos, en 39 pacientes diabéticos que acudieron a consulta de Medicina Familiar en el H.G. 29 IMSS durante el 12 al 20 de febrero de 1986

CUMPLIMIENTO	ADECUADO		INADECUADO	
	No.	%	No.	%
HIGIENE	26	66.6	9	23.0
CONTROL DEL PESO	24	61.5	15	38.4
USO DE MEDICAMENTOS	26	66.6	13	33.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO 3

Cumplimiento de indicaciones médicas, Higiene, - Control del peso y Uso de medicamentos, en 39 pacientes diabéticos que acudieron a consulta de Medicina Familiar en el H.G.L. 29 IMSS durante el 12 al 20 de febrero de 1986.



Fuente: Encuesta, Cuadro 3.

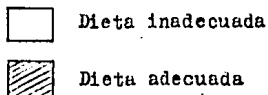
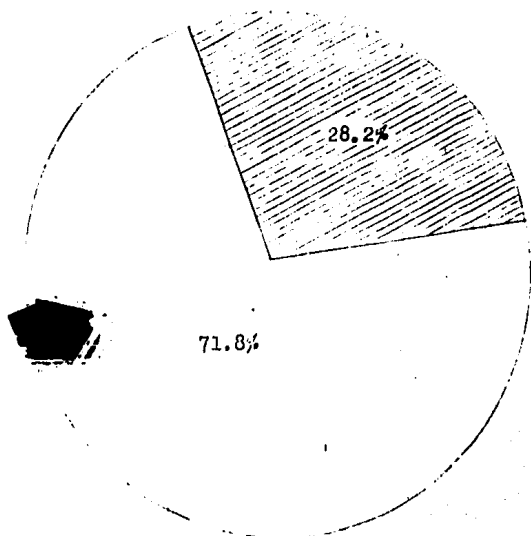
GRÁFICA 2

Calidad de la dieta usual y otorgamiento de dieta escrita en pacientes diabéticos que acudieron al servicio de consulta externa de medicina familiar durante el periodo del 12 al 29 de febrero de 1986 en el H.G.Z. 29 "Aragón".

CALIDAD DE LA DIETA	ADECUADA		INADECUADA	
	No.	%	No.	%
	11	28.2	28	72
PRESCRIPCIÓN DE DIETA	PRESCRITA		NO PRESCRITA	
	No.	%	No.	%
	19	48.7	20	51.2

Fuente: Encuesta.

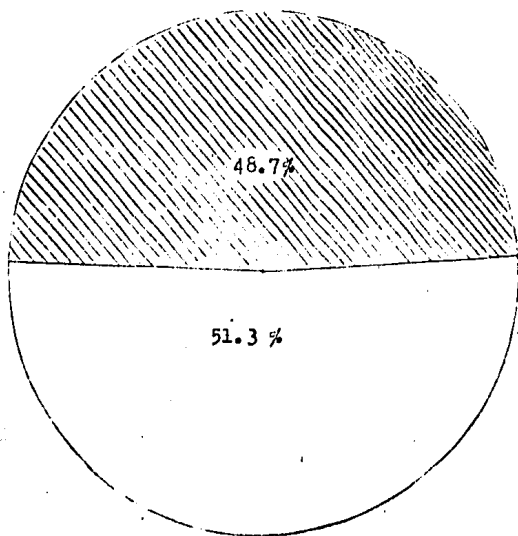
Calidad de la dieta usual en pacientes diabéticos que acudieron al servicio de Consulta Externa de Medicina Familiar durante el periodo del 12 al 20 de febrero de 1986





Fuente: Encuesta, cuadro 4.

GRAFICA #3

Porcentaje de pacientes diabéticos que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina Familiar durante el periodo del 12 al 20 de febrero de 1986 en el H.G.L. 29 "Aragón" a los cuales se había prescrito una dieta por escrito.



-  Pacientes con dieta prescrita.
-  Pacientes sin dieta prescrita.

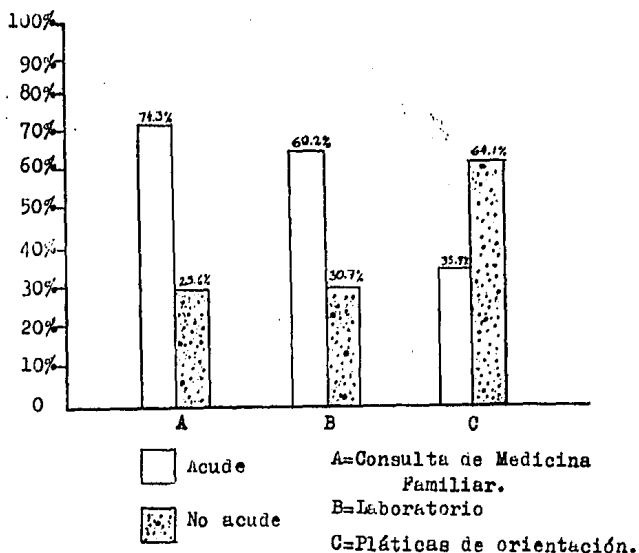
Fuente: Encuesta, cuadro 4.

Asistencia a los servicios de Medicina Familiar, Laboratorio y prácticas de orientación de los pacientes diabéticos entrevistados que acudieron a consulta externa en el servicio de Medicina Familiar durante el periodo del 12 al 20 de febrero de 1965 en el HGZ-29 "Ararón" IMSS.

ASISTENCIA A LOS SERVICIOS	ACUDE		NO ACUDE	
	No.	%	No.	%
CONSULTA DE MED. FAM.	29	74.3	10	25.6
LABORATORIO	27	69.2	12	30.7
PLATICAS	14	35.9	25	64.1

Fuente: Encuesta.

Asistencia a los servicios de Medicina Familiar, Laboratorio y pláticas de orientación de los pacientes diabéticos entrevistados que acudieron a consulta externa en el servicio de Medicina Familiar durante el periodo del 12 al 20 de febrero de 1986 en el H.G.Z.-29 "Argón" IMSS.



Fuente: Encuesta, cuadro 5

GRAFICA 5

## CONCLUSIONES Y COMENTARIO.

De los resultados de este breve estudio realizado por encuesta a 39 pacientes diabéticos que acudieron a consulta en el servicio de Medicina Familiar durante el periodo comprendido entre el 12 y el 20 de febrero de 1976 en el H.G.Z. 29 IMSS, se concluye:

Los datos de los grupos de edad coincidieron a lo esperado estadísticamente acerca de una mayor incidencia del padecimiento entre mujeres; también se observó una predominancia del sexo femenino al aumentar la edad, lo que coincide con mayor longevidad para este sexo.

Es muy deficiente, en general, el conocimiento que el paciente diabético promedio tiene sobre su propio padecimiento y se encuentran ideas equivocadas aún en el grupo de pacientes que afirman acudir puntualmente a sus consultas. Salvo pocos casos, la mayoría de los entrevistados tienen poco conocimiento sobre las finalidades del control diabético y las medidas preventivas. Ahora, en la sección de medidas higiénicas y asistencia a los servicios de consulta y laboratorio, se encontró que la mayoría refirieron -- higiene adecuada, conocimiento de su peso y puntualidad. Si, efectivamente, se tiene adecuada higiene y hay puntualidad a los servicios pero se tiene poco conocimiento sobre la enfermedad en general, esto nos habla de que existen factores no observados en este --



estudio que interfieren con el conocimiento adecuado de la enfermedad; si la mayoría son pacientes que acuden regularmente, esta es una situación que se debe aprovechar aumentando la educación por medios diversos; el envío al servicio de Trabajo Social para pláticas orientadoras es una muy buena medida, no obstante en algunos casos resulta impráctica por la supuesta pérdida de tiempo que significa para el paciente acudir a ellas; además, en la plática de grupo se despersonaliza la comunicación y el paciente no expone sus dudas libremente. De esta forma, el ideal de educación al paciente sigue siendo una acción directa, continua, definida y especialmente adaptada para sus necesidades y nivel educativo. La única persona que tiene esta invaluable oportunidad es el Médico Familiar y por esto deben favorecerse las situaciones que le permitan cumplir adecuadamente su función (manejo adecuado de los expedientes, celeridad y exactitud en los resultados de laboratorio y tiempo suficiente). El Médico Familiar debe también aumentar su interés por la educación de su paciente durante la consulta, de forma que cada contacto con él sea motivo y oportunidad de conocerle mejor y mejorarle las actitudes -- respecto a su enfermedad.

El médico familiar y la instrucción del paciente no resolverán todos los problemas que un paciente pue

de tener ya que su aparente negligencia debe tener orígenes sociales, educativos y económicos cuya causa debería buscarse fuera de los límites de este estudio; no obstante, el papel educativo del médico y el mejoramiento integral de la atención institucional disminuirán sensiblemente las complicaciones del diabético, le permitirán una mayor estabilidad social y una mayor confianza en el médico y la Institución. Eventualmente, los esfuerzos hoy dedicados a atender al gran número de diabéticos descompensados o con complicaciones derivadas de diabetes podrán dedicarse a fines más apremiantes dentro de la dinámica familiar.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jönsson, B. Diabetes The cost of illness and the cost of control for Sweden in 1978. Acta Med. Scand (Suppl) 1983; 671:19-27
- 2.- Ganda, O.P. "Morbidity and Mortality for Diabetes mellitus: a look of preventable aspects." Am Jour Public Health; Oct 1983 (10):1156-8
- 3.- <sup>Colin, W</sup> Readability of self-care instructional pamphlets for diabetics patients. Diabetic Care Jun-Feb 1981;6(1):57-61
- 4.- Cole, H. Nuevos conceptos en la dietoterapia de pacientes diabéticos. México, Limusa, 1984.
- 5.- Halpern, S. Manual de Nutrición Clínica. México, Limusa, 1984. pp 492.
- 6.- Shires, D.B. MEDICINA FAMILIAR México, McGraw-Hill, 1980.