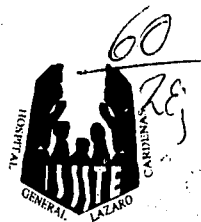




11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "C" 'DTE. LAZARO CARDENAS'
CHIHUAHUA, CHIH.**

**INFLUENCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD
EN EL PACIENTE DIABETICO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

LA C. MARIA DEL PILAR GUTIERREZ PIMIENTA

FALLA DE ORIGEN

1995

CHIHUAHUA, CHIH.. 1995



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.

**INFLUENCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL
PACIENTE DIABETICO**

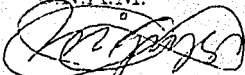
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR PRESENTA :

LA C. MA. DEL PILAR GUTIERREZ PIMIENTA


AUTORIZACIONES

~~DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ~~
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

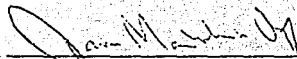

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
U.N.A.M.

" INFLUENCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD
EN EL PACIENTE DIABETICO "

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.

LA C. MARIA DEL PILAR GUTIERREZ PIMIENTA

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER MALDONADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA
Jefe del departamento de medicina familiar
jefatura de servicios de Enseñanza
ISSSTE

A MIS PADRES DON RAMON Y DOÑA MARGARITA
POR HABER SIDO SERES TAN EXCEPCIONALES.

A MIS HERMANAS MARGARITA, SOCORRO,
LAURA ELENA, MA. AURELIA, ROSA MARIA
Y MARIA CRISTINA , POR TODO LO QUE NOS
UNE Y COMPARTIMOS.

A GUILLERMO , JOSE RAMON Y
OSCAR ALEJANDRO POR SER
MI FAMILIA NUCLEAR Y MOTIVO
DE SUPERACION.

A LUZ ESTHER Y A ALFREDO POR SU APOYO Y PACIENCIA,
POR LA ENSEÑANZA Y EL TIEMPO LIBRE QUE ME OBSEQUIARON.

A TODOS Y CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL
CLUB DE DIABETICOS - POR HABER HECHO
POSIBLE ESTE ESTUDIO.

“ EL VERDADERO MEDICO, EL DE LOS HOMBRES
LIBRES ES AQUEL QUE CON SUS
CONVERSACIONES EDUCA A SUS PACIENTES “

Hipócrates Siglo IV a.C.

INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15 A
JUSTIFICACION	15 A
HIPOTESIS	15 C
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	19
ANALISIS	20
CONCLUSIONES	23
ANEXOS	
PROGRAMA DE ENSEÑANZA	25
FICHA DE ANTEDECENTES	29
EXAMEN DE CONOCIMIENTOS	31
GRAFICAS	41
CUADROS	51
BIBLIOGRAFIA	53

INTRODUCCION

La Educación para la Salud, una de las ramas más importantes de la Medicina Preventiva ha demostrado su importancia también dentro de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, limitación del daño y rehabilitación de las enfermedades Crónico-Degenerativas.

En éste estudio se demuestra la eficacia y eficiencia de la misma en un grupo de Apoyo del Hospital "Presidente Lázaro Cardenas" del ISSSTE de la ciudad de Chihuahua Chih., denominado "Club de Diabéticos" al cual se le impartió Educación para la Salud sobre aspectos importantes de su enfermedad.

Se valoró la influencia de la misma sobre los niveles de glicemia de las personas que participaron en forma continua durante el tiempo que duró el estudio y en relación al nivel de conocimientos adquiridos durante ese mismo tiempo.

Se realizó estudio estadístico comparando los promedios de calificación obtenidos en la evaluación previa y la final y se encontró un nivel de significancia importante tanto en el aprendizaje como en la prueba estadística que se realizó de la diferencia proporcional en la disminución de los niveles de glucemia

MARCO TEORICO

La más común de las patologías metabólicas es quizás sin duda alguna la Diabetes Mellitus, síndrome clínico multigénico que se caracteriza por una secreción deficiente de insulina ya sea absoluta o relativa, o por una resistencia a nivel celular a la acción de la misma; puede aparecer en edades tempranas o avanzadas de la vida y ser resultado de un proceso autoinmune, asociado a predisposición genética y desencadenado por factores ambientales.

La Diabetes Mellitus es un trastorno de la regulación metabólica principalmente del metabolismo de la glucosa (hiperglicemia), lípidos y proteínas que puede cursar con complicaciones agudas (Cetoacidosis, Coma Hiperglicémico Hiperosmolar e Hipoglicemia) y con complicaciones crónicas (Retinopatía, Nefropatía, Neuropatía y Aterosclerosis progresiva, cuya base patológica es la micro y macro angiopatía). Por su irreversibilidad y permanencia en el organismo de quien la padece se le cataloga como un padecimiento crónico degenerativo. (1,2)

Se conoce de sus existencia desde los inicios de la historia de la humanidad, la primera descripción de ella data desde el año 1500 A.C. en el antiguo Egipto en un documento conocido como el papiro de Ebers, sin embargo su fisiopatología no pudo entenderse hasta que se descubrió la función endócrina del páncreas a finales del siglo XIX y principios del XX con trabajos de científicos como Langerhans, Von Mering, Opic, Minkoski y otros, así como con el descubrimiento de la insulina por Besting y Best y su posterior utilización en el tratamiento de la diabetes el año de 1921 por médicos del Toronto General Hospital en un paciente llamado Leonard Thompson. (1)

Con el descubrimiento y la utilización posterior de la insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus se vino a contribuir en el control de una enfermedad considerada hasta esa época como mortal, incluso se observó una disminución importante en la mortalidad asociada a sus complicaciones agudas en especial, a la cetoacidosis diabética (en más de un 50%), sin embargo también se observó que los pacientes tratados con la insulina desarrollaban complicaciones inexorables a largo plazo tales como la ceguera, insuficiencia renal, la enfermedad

cardiovascular y las vasculopatía periférica presentándose un cambio clínico en el comportamiento de la enfermedad: La enfermedad antes aguda y mortal por excelencia se había transformado en un padecimiento crónico con morbilidad significativa y mortalidad prematura.

Las observaciones iniciales dentro de las investigaciones clínicas con respecto a la diabetes se enfocaban en su expresión más dramática: la diabetes mellitus insulino dependiente por su evolución tórpida, por su forma de presentación en niños, etc. y por que no existía además una forma clara de distinción entre su otra forma clínica de presentación: la diabetes mellitus no insulino dependiente lo cual reflejaba quizás la mínima frecuencia de la misma en sociedades en las que no existía obesidad o longevidad importante por el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado hasta esa época.

Sin embargo en las últimas décadas del último siglo, la DMNID* se ha convertido en una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los países tanto desarrollados como subdesarrollados ocupando un lugar importante en las tasas de mortalidad junto con las enfermedades cardiovasculares, accidentes, neoplasias malignas y enfermedad cerebro vascular, desplazando a las enfermedades infecciosas de los primeros lugares. Esta transición epidemiológica en los patrones de salud y enfermedad se ve ya actualmente en los países subdesarrollados. (2,3)

Estudios recientes sobre prevalencia a nivel mundial dentro de un rango de edad comprendido entre los 30 y 64 años, han demostrado que ésta ha ido aumentando de manera considerable aún en aquellos países en que no se observa cambios notables en su nivel de economía y desarrollo social, observándose inclusive cifras mayores que en países considerados como modelo de desarrollo, esto quizás se deba al mayor incremento en la población de edad avanzada, cambio en los hábitos alimenticios que traen como consecuencia mayor prevalencia de obesidad, a un estilo de vida más sedentario y a mayores condiciones de estrés.

En nuestro país el tipo más común de diabetes es la no insulino dependiente cuya prevalencia aumenta con la edad, sobrepeso, dislipidemias y antecedentes familiares de la enfermedad, observándose una prevalencia nacional de 2 al 8 %, en relación al 1 % que presenta la forma clínica insulino dependiente que suele desarrollarse en la infancia. (3)

* Diabetes mellitus no insulino dependiente

Se ha observado también que uno de cuatro individuos mayores de cincuenta años presenta la enfermedad con cierto predominio en el sexo femenino. Es preocupante la elevada prevalencia (5%) que se ha estado presentando en individuos relativamente jóvenes (35-40 años) estas cifras son mayores en la población de dicha edad que emigra a los Estados Unidos duplicandose la prevalencia debido quizás a los cambios de hábitos de vida (1, 2, 3)

Estudios de King y asociados (7) muestran una prevalencia para la ciudad de México D.F. en grupos de edad comprendidos entre los 35 y los 64 años de 13.3 % para el sexo masculino y de 20.6 % para el femenino y con respecto a la prevalencia en hispanos radicados en los Estados Unidos dentro del mismo grupo de edades, correspondió a un 17.7 % en hombres y aun 18 % en mujeres.

Pese a que la diabetes mellitus es un problema de salud, un gran porcentaje de personas que la padecen no han sido diagnosticadas (alrededor del 30 al 40 %) de ahí la importancia de implementar campañas de detección a la población abierta en los grupos de edad con mayor riesgo a padecerla utilizando pruebas de escrutinio y educación para la salud. (4)

La magnitud de este problema hace resaltar la importancia que tiene el primer nivel de atención médica y en especial la función del médico familiar en la educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente con diabetes mellitus, considerando a la familia del mismo como una unidad de atención integral y no al paciente como un caso más de la enfermedad.

Con respecto a la clasificación clínica de las diferentes formas de presentación de la diabetes fué hasta el año de 1936 cuando se demostró por primera vez la existencia de dos formas clínicas de diabetes mellitus: la DMID (denominada entonces diabetes sensible a insulina) y la DMNID (denominada no sensible insulina)

La clasificación clínica actual fué creada en el año de 1979 por el National Diabetes Data Group (NDDG), Grupo Nacional de Datos sobre Diabetes en los Estados Unidos en base a manifestaciones clínicas características y en la fisiopatología, apoyados en aspectos hereditarios y marcadores inmunológicos. (1)

Existen además otras clasificaciones sobre diabetes como la de la Organización Mundial de la Salud que tiene muchos puntos en común con la establecida por el

grupo anteriormente mencionado, y algunas diferencias que consisten en que la OMS considera además dentro de su clasificación las subclases clínicas Diabetes mellitus asociada a mal nutrición que incluye la Diabetes pancreática fibrocalculosa y la Diabetes asociada a desnutrición y deficiencias de proteínas.

Cuadro Nº 1

Clasificación de la diabetes mellitus según National Diabetes Data Group

EEUU.

CLASE	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID, Tipo I)	Propensión a la cetosis, dependiente de la insulina para la supervivencia, inicio habitual en la pubertad, deficiencia absoluta de insulina, con frecuencia existen anticuerpos contra las células de los islotes pancreáticos en el momento del diagnóstico, existen marcadores genéticos e inmunológicos.	Elevación inequívoca de la glicemia con poliuria, polidipsia, polifagia, hipostenia y pérdida de peso, glucosa plasmática en ayuno mayor de 140 mg/dl en más de un ocasión o una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) administrando por vía oral una carga de 75 gr. de glucosa en adultos y de 1,75 gr. por kilo de peso ideal en niños sin sobrepasar los 75 gr. que de valores de glucosa plasmática mayores a 200 mg/dl a la 0,5, 1,0, 1,5 o 2 horas posteriores.
Diabetes Mellitus no Insulinodependiente (DMNID o Tipo II)	Resistente a la cetosis, de inicio habitual después de los 40 años, la mayoría son obesos, suele haber resistencia a la acción de la insulina con secreción inadecuada de la misma, por lo general son hijos de padres diabéticos no insulinodependientes.	Mismos criterios que para la Diabetes mellitus Insulinodependiente.

Diabetes Secundaria	Diabetes asociada a otros padecimientos incluyendo enfermedad pancreática (Pancreatitis crónica etc), Enfermedades Endócrinas (Acromegalia, S. de Cushing, etc.), a ciertos medicamentos (Tiacidas, esteroides, etc.)	Mismos criterios que para DMID y DMNID.
Intolerancia a la Glucosa.	Asintomática puede representar una variación normal en la población; sin embargo sólo un tercio de ellos desarrolla DMNID, no se asocia con el riesgo de complicaciones diabéticas tardías, pero sí con complicaciones cardiovasculares	PTG con GP en ayuno mayor a 140 mg-dl., GP a las 0.5, 1.0, y 1.5 hs. mayor de 200 mg-dl y GP a las 2 hs. entre 140 y 200 mg-dl.
Diabetes Mellitus Gestacional	Intolerancia a la glucosa que se inicia durante el embarazo por lo general entre las 24 y 30 semanas, asociada con mayores complicaciones perinatales, la intolerancia a la glucosa se corrige después del parto, pero ocurre DMNID en el 30 al 50 % de los pacientes en los diez años posteriores, se presenta en el 2 al 3 % de todos los embarazos.	La prueba de tolerancia a la glucosa da por lo menos los siguientes resultados GP en ayuno mayor de 105 mg-dl a la hora mayor de 190 mg-dl, a las dos horas mayor de 165 mg-dl y GP a las tres hs. mayor de 145 mg-dl.

Se ha identificado una forma relativamente rara de Diabetes, en la que los individuos afectados tienen propensión a la cetosis y que se hereda como un rasgo autosómico dominante tiende a presentarse en adolescentes delgados y se conoce como diabetes del adulto de inicio de la juventud: MODY (Por sus siglas en inglés). En ellos se ha identificado una glucocinasa con una Km (Constante de Michaelis) demasiado alta y esta podría ser la causa de la mayor secreción de insulina que en los pacientes insulino dependientes jóvenes. (1, 2)

Considerando que la Diabetes mellitus es un síndrome clínico que puede obedecer a distintas causas y que existen tantas formas primarias como secundarias de la enfermedad, para aspectos prácticos del estudio se toman en cuenta sólo las formas

primarias (aquellas no relacionadas con otras condiciones que la causen) correspondientes a la DMID y DMNID.

FACTORES DE RIESGO:

Para la Diabetes mellitus insulino dependiente:

- 1.- Positividad de anticuerpos para islotes pancreáticos.
- 2.- Ser gemelo monocigótico de un individuo con DMID
- 3.- Ser hermano de un individuo con DMID y ser además :
 - a) HLA idéntico (comparte ambos haplotipos)
 - b) Haplo idéntico (comparte un haplotipo)
 - c) HLA no idéntico (no comparten haplotipos)
- 4.- Ser hijo de un individuo con DMID.-

Para Diabetes mellitus no insulino dependiente:

- 1.) Ser gemelo monocigótico de un individuo con DMNID.
- 2.- Ser familiar en primer grado (hermano, padre, o hijo) de un individuo DMNID.
- 3.- Ser obeso, sedentario y tener malos hábitos alimenticios.
- 4.- Ser madre de un producto que pesó al nacer 4.5 Kg o más.
- 5.- Ser miembro de un grupo étnico con una alta prevalencia de Diabetes mellitus no insulino dependiente.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la Diabetes mellitus se establece en base a parámetros clínicos y de laboratorio tales como:

- 1.- Los síntomas clásicos de Diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia, hipostenia, hipodinamia, visión borrosa, pérdida rápida de peso) con aumento franco de la concentración plasmática de glucosa.
- 2.- Aumento de la concentración sérica de glucosa en ayunas mayor de 140 mg/dl en más de dos ocasiones sin que el paciente esté sometido a condiciones de stress.
- 3.- Glicemia en ayunas menor al nivel diagnóstico de Diabetes pero elevación sostenida de la glicemia en una curva de tolerancia a la glucosa en más de una ocasión.

En nuestro país, alrededor del 30 al 40 % de la población diabética no es conciente de ello, ante esta perspectiva, el aumento cada vez mayor de la prevalencia de la DMNID, el diagnóstico que se establece por lo general en forma tardía y la expectativa de un tratamiento la mayor parte de las veces inadecuado, es de esperarse una mayor incidencia de complicaciones tanto agudas como crónicas de la enfermedad en personas cuya vida productiva aún no ha terminado, trayendo como consecuencia fuertes repercusiones sociales y económicas para ellos, sus familias y la sociedad.

En base a las observaciones antes mencionadas podemos llegar a la conclusión de lo importante y urgente que es tomar medidas de control con el objeto de modificar la Historia Natural de la Diabetes en nuestro país, tales medidas comprenderían:

- 1.- Mayor educación para la salud en la población en general y al Médico de primer contacto mayor información sobre diabetes.
- 2.- Campañas de Medicina Preventiva encaminadas a combatir los principales riesgos de la enfermedad como son la obesidad, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo.
- 3.- Efectuar campañas de detección temprana de Diabetes mellitus en la población con mayor riesgo a padecerla (antecedentes familiares, obesidad, mujeres con morbilidad obstétrica o con productos de más de 4 kg. al nacer.)
- 4.- Establecer o insistir en una atención integral del paciente diabético tomando medidas para prevenir y diagnosticar en forma temprana las complicaciones de la enfermedad.

En la atención del paciente con Diabetes mellitus como en la de cualquier tipo de paciente es fundamental la relación Médico-Paciente adecuada. Los pacientes pueden ser atendidos por cualquier médico de primer contacto en un Primer Nivel de Atención que tenga interés en mantener un seguimiento del paciente y de su enfermedad, que actúe como Educador para la salud y como Coordinador de un equipo multidisciplinario de salud que brinde atención integral en el momento que el paciente lo requiera.

TRATAMIENTO

Los objetivos generales del Tratamiento del paciente diabetico son:

- 1.-Suprimir o mejorar los síntomas atribuibles a la enfermedad y evitar las consecuencias graves a corto plazo de un control deficiente (complicaciones agudas).
- 2.-Mantener corregido el desequilibrio metabólico.
- 3.-Prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas de la enfermedad.

Por tradición, el tratamiento de la Diabetes mellitus se basa en el uso de la dieta, la insulina o los hipoglucemiantes orales, el ejercicio y el autocontrol por parte del paciente, pero es de gran importancia agregar a éstos elementos algo que es fundamental, la Educación para la Salud y en el caso más específico que nos ocupa la "Educación Diabetológica".

El conocimiento de su enfermedad y su comportamiento, facilita y propicia las condiciones para que el paciente sea más cuidadoso en su control, de ese modo, se encuentra preparado para reconocer las situaciones de peligro y corregirlas o bien para comentarlas con su médico. El control adecuado de la diabetes le permite a quien la padece tener una vida prácticamente normal, tanto en calidad como en duración.

En el campo de la Diabetes la literatura medica es rica en reportes de experiencias sobre los resultados obtenidos en control de la enfermedad en diferentes grupos de pacientes cuando se les proporciona educación para la salud; se ha comprobado que cuando las personas disponen del conocimiento y destrezas necesarias así como de la motivación para ponerlas en práctica en forma continua los resultados obtenidos son excelentes, en otras palabras si el proceso educativo que se utiliza en dichas personas es el adecuado además de suministrarles toda la información necesaria, se les despierta la suficiente motivación para lograr cambios de hábitos y conductas con buenos resultados.

Por otra parte los Centros de Atención Primaria para la Salud, invierten gran parte de su personal, de su tiempo y de su presupuesto económico en la asistencia a los pacientes que la padecen, por ser una enfermedad que genera una gran demanda de

atención a nivel de consulta externa y de hospital por cursar con múltiples ingresos y días de estancia hospitalaria.

Educar al paciente en aspectos de salud es una obligación, un compromiso social y humano que el Médico y las Instituciones de Salud deben de tener para con sus pacientes y con la Sociedad; el Médico es un profesional de la salud, por lo tanto su preocupación principal debería ser por todos los medios que la sociedad a la que sirve se mantenga sana a través de un recurso de vital importancia como lo es la Medicina Preventiva, esa rama de la Medicina que es tan vieja como la misma Humanidad y que aún no llega a ser valorada en su justa dimensión ni por los Médicos ni por los pacientes ni por la misma sociedad.

Una de las principales acciones de la Medicina Preventiva es la "Promoción de Salud" que no es otra cosa que educar a nuestras gentes en aspectos de salud.

La Educación para la Salud como ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión del conocimiento, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a su salud persiguiendo tres objetivos principales:

- a) Que la población eleve el concepto de salud en su escala de valores.
- b) Que acepte y coopere con la enseñanza que le facilita el aprendizaje de conductas para mejorar y conservar la salud.
- c) Que aplique tales conocimientos, haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud.

Las Actividades de la Educación para la salud pueden ser formales e informales

Las Actividades informales surgen de una charla, de un comentario, una somera explicación durante la consulta o de una indicación durante la prescripción, también comprende la folletería, carteles o letreros que podemos colocar en el consultorio o salas de espera de hospitales en donde el paciente se nutra de información fidedigna sobre aspectos de salud, comprende también artículos en periódicos o revistas, anuncios en radio y televisión etc.

El personal auxiliar puede contribuir en actividades educativas informales si es adiestrado para ello (repcionistas, enfermeras auxiliares, trabajadores sociales, etc.).

Las acciones formales de la educación para la salud deben de estar sujetas a una planeación adecuada y fundamentada en un estudio preliminar donde se

determinen las prioridades y estrategias a seguir, deben de contar con una justificación, un propósito, una determinación de tiempo y duración y una especificación de sede y recursos y unas metas que lograr.

Cada Unidad de Salud en el país en la que se dé tratamiento a personas con diabetes mellitus debe de tener un salón de clases donde se impartan conocimientos relativos a la enfermedad, involucrando en ello tanto a los pacientes como a sus familiares.

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA DIABETES MELLITUS

Si tomamos en cuenta que el paciente diabético no vive aislado, sino que forma parte de una familia, de un medio laboral y social con los que interrelaciona de una manera activa y constante, pone de manifiesto que la atención de la Diabetes mellitus debe de contemplar no sólo los aspectos metabólicos y clínicos de la enfermedad, sino que también debe de considerar los aspectos emocionales, familiares y sociales dentro del tratamiento integral.

El paciente diabético va más allá de ser un organismo que requiere corrección de los factores que vuelven insuficiente el efecto de su insulina, o va más allá del simple aporte de una manera exógena de la misma para corregir las fallas que implica su falta de producción, es un ser humano con emociones propias a las que la enfermedad afecta y además es miembro de una familia o de una comunidad que puede cambiar sus actitudes con respecto a él precisamente por el simple hecho de ser diabético.

Cuando se establece el diagnóstico de Diabetes algunos pacientes reaccionan con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptarla y de aceptar el reto que significa vivir con ella y con un tratamiento a largo plazo que lleva implícito un cambio de hábitos y conductas y en ocasiones de un estilo de vida: estas reacciones varían mucho de un paciente a otro y están determinados por factores como la edad, tipo de personalidad, autoestima, conocimientos y creencias sobre la enfermedad, ambiente social y nivel económico.

Uno de las funciones del médico es identificar los factores psicosociales que representan un problema para el paciente con el fin de que no sean un obstáculo para el tratamiento, ya que el objetivo fundamental de la atención del paciente

diabético es obtener un mejor control posible de la glicemia para prevenir las complicaciones de la enfermedad, favorecer el bienestar mental y social del paciente y con ello mejorar lo más posible la calidad de vida

La base de una buena terapia conductual sin duda alguna la constituye una relación Médico-Paciente adecuada y duradera que oriente y motive al paciente a adquirir nuevos conocimientos sobre su enfermedad y al cambio de modo de vida para un mayor logro terapéutico.

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que pueden hacerse cargo de una buena parte del control de su enfermedad mediante un entrenamiento psicológico en primera instancia se busca que el paciente supere el sentimiento de pérdida de su salud que con mucha frecuencia hace que decaiga su estado afectivo, produciendo una serie de cambios fisiológicos bien definidos que agravan la enfermedad

Desde la década de los ochenta algunos psicólogos han identificado la forma en que afecta al funcionamiento biológico algunas variantes psicológicas como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de stress; ésta interacción entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico actúa a través de tres vías:

- 1.-**Cognoscitivas y Emocionales:** Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endócrinas, las cuales se encuentran en constante interacción
- 2.-**Conductuales:** Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico entre otras.
- 3.-**Ecológico Conductuales.** Modifican al ambiente natural y social que afecta a todos los individuos que interrelacionan en él, es decir los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad como son la contaminación ambiental, la creciente industrialización, las radiaciones, devaluaciones e inflación, bajo poder adquisitivo, pérdida de estatus, transculturación, patrones de consumo, etc.

La interacción entre factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de las enfermedades crónico-degenerativas en general se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los pacientes,

considerando al aprendizaje como una unidad fundamental del proceso salud-enfermedad.

Una gran cantidad de pacientes presentan dificultad en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes; esta baja adherencia terapéutica se explica en parte por la complejidad del régimen de tratamiento, por las ideas de salud y enfermedad que el paciente tiene, por la actitud paternalista que algunos médicos o equipos de salud les brindan en el control de la enfermedad, asumiendo el paciente una actitud pasiva y dependiente.

Los mejores resultados se observan cuando los médicos sugieren estrategias para mejorar el control de la enfermedad a través de la educación para la salud, cuando se instruye al paciente en el autocontrol y cuando se motiva para que asuma una actitud activa y conciente con respecto a su enfermedad ya que la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recaen en el propio paciente.

Tomando en cuenta las observaciones anteriores algunas Instituciones de Salud han instituido programas conocidos como "Club de Diabéticos", con la finalidad de involucrar al paciente en el cuidado de su salud, mediante el conocimiento de la información pertinente sobre su enfermedad, así como el aprendizaje de las habilidades necesarias para discernir cuando es indispensable efectuar ajustes en su comportamiento, alimentación o tratamiento farmacológico con el fin de mantener los niveles de glicemia dentro de los límites normales o lo más cercano posible a ellos y así evitar las complicaciones que el descontrol provoca.

De la misma manera algunos grupos han dado un giro a estos clubes utilizándolos no solamente como unidades de aprendizaje, sino como grupos de apoyo psicológico que han reportado más altas utilidades que el solo hecho del aprendizaje.

EL PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA

En las distintas investigaciones sociológicas todo induce a pensar que la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, una Institución que sobrevivirá en una forma u otra mientras exista nuestra especie; es un núcleo primario, indispensable y fundamental para el desarrollo del hombre del cual depende para su supervivencia, pero también es la causa de muchos problemas

relacionados con la salud y a la vez un recurso primordial para resolverlos y prevenirlos.

La presencia de cualquier tipo de enfermedad, en éste caso la presencia de Diabetes mellitus por su cronicidad y características especiales, puede requerir de ciertas adecuaciones en el estilo de vida familiar, y puede ser causa de ansiedad o depresión en alguno de sus miembros con las consecuentes repercusiones en el funcionamiento familiar que ello lleva implícito. Todas las familias en mayor o menor grado presentan dificultades en alguna de las etapas de su ciclo vital que a veces llegan a una franca disfunción familiar.

El apoyo que el paciente diabético obtiene de su familia gravita como elemento de gran importancia para que él acepte y aprenda a vivir con su enfermedad, para que adopte de una manera constante y responsable el tratamiento y las medidas necesarias que eviten o retrasen la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

El apoyo otorgado al paciente por el conyuge u otro miembro de la familia se traduce en diferentes actividades, como podría ser asistir con ellos a las sesiones de educación para la salud, al control mensual con su médico, a contribuir en la planeación y preparación de menús en base a sus requerimientos, motivarlo en la realización del ejercicio diario y en algunas ocasiones el apoyo familiar podría manifestarse evitando las críticas innecesarias cuando el paciente diabético ocasionalmente se salga del régimen dietético establecido.

Por otro lado, aunque es de vital importancia el apoyo y comprensión familiar hacia el paciente diabético, también es de vital importancia no excederse, por que se cae en el extremo de la sobreprotección, en otras palabras la familia o cualquiera de sus miembros no debe tratar de volverse responsable del paciente, el control de la enfermedad debe de estar en las manos del paciente el cual no debe de utilizar su problema de salud como una excusa para manipular, chantajear o para obtener la atención de la familia o de algún miembro en especial, ya que esto no conduce a una buena relación familiar y en su momento puede ser causa importante de disfunción familiar.

Quizás el aspecto más importante de una relación familiar exitosa es la comunicación y el respeto entre sus miembros; es importante que el paciente pueda discutir sus ideas y sentimientos con los miembros de la familia o con aquel que más lo comprenda o se identifique. Las familias que afrontan con mayores

probabilidades de éxito sus problemas de salud son aquellas en las cuales todos sus miembros se interesan y colaboran en la resolución de los mismos, esto contribuye a a obtener una relación familiar más estable, sólida y funcional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El conocer y comprender los aspectos más importantes de su enfermedad y el sentir el apoyo de otras personas que padecen su mismo problema de salud, ayuda y motiva al paciente diabético para que se interese y actúe junto con su Médico Familiar en el control de su enfermedad de una manera activa?

JUSTIFICACION

La Diabetes mellitus, padecimiento crónico-degenerativo de etiología multifactorial cuya prevalencia mundial, nacional, estatal, e incluso institucional ha ido aumentando en las últimas décadas del presente siglo, conforme han ido aumentando el nivel de esperanza de vida de la población, nos muestra la importancia de un diagnóstico, control y tratamiento adecuado y oportuno de la enfermedad para disminuir la frecuencia e intensidad de las complicaciones agudas de la misma y para retrasar el tiempo de aparición de las crónicas que conducen al paciente a una disminución importante de la calidad de vida y a una muerte en ocasiones prematura.

Por otra parte, los Centros de Atención Primaria y Secundaria a la salud, invierten gran parte de las actividades de su personal, de su tiempo y de su presupuesto económico en la asistencia a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos por generar éstos una gran demanda en atención tanto a nivel de consulta externa como de hospitalización por cursar en ocasiones con múltiples ingresos y días de estancia hospitalaria.

Nuestro modelo actual de atención ha olvidado la importancia que tiene en éstos casos la Educación para la Salud, quizás por que sus logros no son tan espectaculares ni a tan corto plazo, o por que quizás ha olvidado que el Médico

debe de ser el principal promotor de la salud de sus pacientes, ya que su objetivo fundamental es mantener sana a la población que asiste.

Por lo anteriormente observado, considero de vital importancia hoy en día reconsiderar y reforzar las acciones de ésta rama de la Medicina Preventiva como lo es la Educación para la Salud y en el caso particular que nos atañe la Educación diabético-lógica, instrumento importante e imprescindible dentro del tratamiento de la Diabetes mellitus en todos sus niveles de atención por múltiples motivos:

Al proporcionar conocimientos sobre los aspectos importantes y orientación sobre el manejo de la enfermedad a quienes la padecen o a quienes están en riesgo de padecerla, se modifican hábitos y la Historia Natural de la enfermedad al mejorar el control de la misma o al retrasar la edad de presentación, mejorando las expectativas de calidad y esperanza de vida tanto de los pacientes como de sus familias a corto y a largo plazo, disminuyendo los riesgos y los índices de Disfunción Familiar.

Con respecto a los Centros de Atención para la Salud representa un ahorro importante y un adecuado uso de presupuesto disponible para reforzar, mejorar o incluso implementar nuevos programas de la Atención para la salud, al disminuir los costos de tratamiento, el número de consultas médicas otorgadas, la demanda de exámenes de laboratorio, los ingresos y días de estancia hospitalaria, etc.

Y desde el punto de vista epidemiológico se contribuye a disminuir de manera importante los índices de morbimortalidad y la prevalencia de la enfermedad a nivel institucional, estatal, nacional y porque no decirlo también a nivel mundial.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA.

El paciente diabético que acude a un grupo de apoyo y recibe Educación para la Salud sobre los aspectos importantes de su enfermedad, su comportamiento no es diferente del que no recibe este tipo de apoyos.

HIPOTESIS ALTERNA.

El paciente diabético que acude a un grupo de apoyo y recibe Educación para la Salud sobre aspectos importantes de su enfermedad su comportamiento es diferente del que no recibe este tipo de apoyos.

O B J E T I V O S

- 1.- Valorar en nivel de información que sobre Diabetes mellitus poseen los Pacientes que acuden al Club de Diabéticos del Hospital "Presidente Lázaro Cárdenas " del ISSSTE de la Ciudad de Chihuahua Chih., antes de recibir instrucción sobre los aspectos más importantes, tratamiento y control, prevención de complicaciones, etc. de la enfermedad y después de recibirla.
- 2.- Sensibilizar al paciente para que actúe como responsable del control de su enfermedad.
- 3.- Valorar como influye la Educación para la salud en el control de los niveles de glicemia de dichos pacientes

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio experimental, longitudinal, prospectivo y abierto con pacientes que asisten a las sesiones mensuales del Club de Diabéticos del Hospital "Presidente Lázaro Cárdenas" del ISSSTE de la Ciudad de Chihuahua Chih. en un periodo de tiempo comprendido entre enero y noviembre de 1994 con una sesión mensual de tres horas de duración.

Todas las sesiones fueron coordinadas por un Residente de segundo año de Medicina Familiar y una Trabajadora Social con el apoyo de un Médico Internista, un Psicólogo y un pasante de Odontología.

La asistencia promedio de las sesiones fué de 30 pacientes de los cuales 20 fueron tomados en cuenta por su constancia para la realización del presente estudio. El sexo femenino destacó por su predominio de asistencia a las sesiones, incluso de los 20 pacientes antes mencionados, sólo uno perteneció al sexo masculino.

Se elaboró un programa educativo a desarrollarse durante diez sesiones (Anexo 1), cubriendo los aspectos más importantes de la Diabetes Mellitus.

Durante la primera sesión se aplicó una cédula de identificación que incluía antecedentes, tipo de tratamiento farmacológico y dietético, así como características del control (anexo 2)

Con el fin de establecer en forma adecuada el nivel de conocimientos que tenían sobre Diabetes fué necesario elaborar un cuestionario consistente en 34 reactivos que reunieran los principales aspectos de su enfermedad como:

- a) Etiología y Aspectos generales,
- b) Sintomatología, Diagnóstico y Control,
- c) Tratamiento Farmacológico - Dietético y Medidas Generales y
- d) Complicaciones Agudas y Crónicas (anexo 3).

Dicho cuestionario se aplicó en la segunda sesión y al final del curso con el fin de evaluar el grado de conocimientos adquiridos.

Los reactivos elaborados contenían cada uno cinco opciones de respuesta, las cuatro primeras se asignaron al azar y la quinta correspondió en todos los reactivos a la respuesta "no sé".

Mensualmente a partir del mes de abril se realizó una glicemia de control en cada uno de ellos con el fin de evaluar el comportamiento de la misma durante el periodo que se realizó el estudio.

R E S U L T A D O S

Del total de pacientes involucrados en el estudio 19 pertenecieron al sexo femenino y solo uno al masculino.

La edad promedio del grupo se ubicó entre los 50 y los 54 años de edad dentro de un rango comprendido entre los 35 y 70 años de edad.

El 80 % eran casados y el resto de otros estados civiles.

La escolaridad promedio correspondió al nivel medio básico, y la ocupación predominante el un 70% fué la de ama de casa.

El 80% contaba con antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus.

El 50 % tenían entre 4 y 10 años de padecer la enfermedad, el 30% más de 10 años y el 20 % restante menos de 4 años.

Al 60% se las había diagnosticado su médico familiar del ISSSTE, a un 25 % un médico particular y al 15 % restante un médico especialista.

Respecto al control de la enfermedad el 65 % lo llevaban con Hipoglucemiantes orales y un 35%. El 80% afirmaban llevar tratamiento dietético, pero el 55% de ellos carecía del instructivo de dieta.

El 85% acudían a control y tratamiento mensual con su médico familiar de los cuales el 75% se efectuaba su glucemia mensual de control.

Con respecto a los conocimientos generales de los diabéticos sobre su enfermedad se aplicó un examen previo con una calificación promedio de 67.5 y uno final con una calificación promedio de 79.1 lo que nos dió una diferencia positiva de 11.6 resultados a los cuales se aplicó prueba de T de student obteniéndose un nivel de significancia de 0.001. (Tabla No)

La evolución de las glucemias individuales se muestra en las gráficas de la 1 a la 20. A las medias obtenidas en cada uno de los pacientes en relación con su glucemia inicial, se les aplicó la prueba T de Student encontrándose un nivel de significancia estadística de 0.0001.

Se realizó prueba de correlación, entre los resultados de la evaluación del aprendizaje y la disminución de la glucemia encontrándose un nivel de significancia de 0.02 con un 95% de confiabilidad.

ANALISIS.

La Educación para la Salud constituye un instrumento fundamental para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónico degenerativas como lo es la Diabetes mellitus, aporta beneficios intangibles como son la aceptación de la enfermedad por parte del paciente y su familia, la motivación necesaria para el cambio de hábitos, el apego al tratamiento y al autocontrol

Cuando un paciente acude a un grupo de autoayuda como son los Clubs de Diabeticos se empiezan a apreciar cambios en su comportamiento y eso conlleva disminución de los niveles glucemias y modificación de sus actitudes ante la dieta, el ejercicio y el cuidado de su persona.

Además toma una actitud de autoresponsabilidad cambiando de su dependencia hacia el personal de salud y obteniendo confianza para solicitar calidad en el servicio que se le ofrece. Esta actitud lo convierte en muchas ocasiones en monitor de la enseñanza de otras personas con su mismo problema de salud siendo este papel observado en la mayoría de las veces en las pacientes del sexo femenino, probablemente debido a su papel de educadoras dentro del hogar y principal responsable de la salud de la familia

Es fundamental no solamente el aprendizaje que puede obtener respecto a su enfermedad sino además y probablemente como factor prioritario su interacción con un grupo de personas que padecen su misma enfermedad, que se encuentran en diferentes etapas de evolución, con diferentes tipos de problemas familiares y personales, diferentes experiencias respecto a su manejo, que al ser compartidas le proporcionan la posibilidad de resolver con más alternativas los problemas que se le presenten.

En el presente estudio desarrollado dentro de un Club de Diabéticos, con la finalidad de proporcionar educación sobre Diabetes Mellitus y además el apoyo de un grupo con problema de salud similar y poder cuantificar tanto los aprendizajes como el control de la enfermedad y correlacionar ambas variables

Dentro de las observaciones realizadas, aunque no documentadas en este estudio, se encontró una disminución en el número de consultas requeridas a causa del descontrol, pero con un cumplimiento más estricto en las visitas de control mensual, una disminución en los ingresos a Urgencias y Hospitalización por esta causa.

Es importante recalcar que en muchas ocasiones los pacientes eran acompañados por algún miembro de su familia, lo cual permitía que al educarse también la familia, hubiera más apoyo para el paciente y además concientización respecto a la enfermedad, para su propia utilidad.

El equipo de salud que participó en el manejo del club, fué fundamentalmente reducido al área médica, Trabajo social y Psicología, ya que no se obtuvo la colaboración de personal del Depto. de Nutrición ni de Enfermería, sin embargo el manejo de estas áreas se llevó a cabo fundamentalmente por la Residente de Medicina Familiar coordinadora del grupo.

Es de hacer notar la importancia de el trabajo interdisciplinario en estos grupos, que sin embargo dada la estructura de nuestro sistema de salud, que privilegia en la realidad el trabajo aislado y disciplinario, es difícil de conjuntar como sucedió en nuestro caso.

CONCLUSIONES

La Diabetes mellitus como todas las demás enfermedades crónico-degenerativas, son en la actualidad la causa del mayor número de defunciones en nuestro país, en nuestra entidad, en nuestra ciudad y más aún en nuestra unidad hospitalaria.

Sustituyendo de entre las primeras causas de morbimortalidad a las enfermedades infecciosas, lo cual refleja la transición epidemiológica por la que atravieza la República Mexicana.

La magnitud del problema hace resaltar la importancia fundamental del Medico Familiar, o del Medico de Primer Contacto al ofrecer al paciente una atención integral, continua y de calidad, interesándose en la Educación, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del paciente en su ambiente familiar, laboral, social y cultural.

Por otra parte las Instituciones de Salud que prestan atención médica en un Primero y Segundo Nivel de Atención, invierten gran parte de su presupuesto, recursos materiales y humanos en el tratamiento de éste tipo de enfermedades y en las complicaciones que se puedan presentar en detrimento a otras áreas de atención a la salud.

Quizás ésto sea debido a que en la actualidad todavía no se sigue considerando a la

Educación para la salud una de las principales acciones de la Medicina Preventiva que todavía en la actualidad no ha sido valorada en su justa dimensión, ni por el personal de salud, ni por los pacientes ni por la sociedad en general como un componente importante de la atención médica e incluso en algunas Escuelas de Medicina se le resta importancia dentro de la formación de los futuros Médicos, olvidándose que educar al paciente en aspectos de salud es una obligación y un compromiso social y humano que el Profesional de la Salud tiene para con sus pacientes y para con la Sociedad a la que sirve y de la cual forma parte.

En éste estudio se demuestra la importancia que tienen los grupos de apoyo en pacientes con enfermedades crónico degenerativas para control de su enfermedad

y la prevención de las complicaciones e incluso de la enfermedad en el núcleo familiar, en éste caso en particular de la Diabetes mellitus.

Aunque en el presente estudio no se realizó, es importante hacer notar la repercusión económica de éstas enfermedades dentro del presupuesto familiar, hospitalario e institucional y como una metodología sencilla y accesible puede lograr resultados benéficos a corto y a largo plazo, lo que nos demuestra que se debe de pugnar por una revaloración de su importancia y de un apoyo real para el establecimiento y amplitud de cobertura de éstos grupos de apoyo que se basan en la Educación para la Salud.

En pocas palabras se le debe de dar el lugar de importancia que amerita dentro del presupuesto institucional y dentro de la Atención médica a esa rama tan vieja de la Medicina como lo es la Medicina Preventiva y la Educación para la Salud, cuyos logros aunque no considerados tan espectaculares han sido siempre bien demostrados.

ANEXOS

ANEXO I

PROGRAMA DE ENSEÑANZA - APRENDIZAJE A DESARROLLAR EN PACIENTES
DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL "HOSPITAL PRESIDENTE LAZARO CARDENAS"
DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA CHIH.
ENERO - NOVIEMBRE 1994

SESION I: (ENERO)

- + BIENVENIDA
- + EXPLICACION SOBRE EL CURSO Y SUS OBJETIVOS.
- + AUTOPRESENTACION.
- + ENCUADRE GRUPAL
- + DESARROLLO DEL TEMA " DIABETES MELLITUS MITOS Y REALIDADES"
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.
- + APLICACION DE LA CEDULA DE IDENTIFICACION A LOS ASISTENTES

SESION II

- + APLICACION DE TEST (PRE-EVALUACION).
- + DESARROLLO DEL TEMA " DIABETES MELLITUS ASPECTOS GENERALES "
 - = ASPECTOS HISTORICOS DE LA ENFERMEDAD.
 - = ETIOLOGIA.
 - = CLASIFICACION Y TIPOS DE DIABETES MELLITUS
 - = FACTORES DE RIESGO.
 - = SINTOMATOLOGIA
- + REPARTO DE FOLLETERIA SOBRE EL TEMA.
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS

SESION III: (MARZO)

- + DESARROLLO DEL TEMA " METODOS DE DETECCION, DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS."
 - = DESTROXTIX, GLICEMIA, CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA, HEMOGLOBINA GLUCOSILADA, GLUCOMETRO, ETC.

- + DESARROLLO DEL TEMA "TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS "
 - = OBJETIVOS GENERALES.
 - = TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: LOS DIFERENTES TIPOS DE INSULINA Y SU INDICACION, HIPOGLICEMIANTE ORALES TIPOS E INDICACION.
- + REPARTO DE FOLLETERIA DE APOYO AL TEMA.
- + COMENTARIOS PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

S E S I O N IV (ABRIL)

- + DESARROLLO DEL TEMA " MITOS E IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DIETETICO EN LA DIABETES MELLITUS "
- + DESARROLLO DEL TEMA " ASPECTOS GENERALES DE NUTRICION "
 - = GRUPOS DE ALIMENTOS, SU CONTENIDO EN LA DIETA Y SU FRECUENCIA DE CONSUMO
 - = LOS DIFERENTES TIPOS DE NUTRIENTES, CALORIAS QUE APORTAN Y SU PROPORCION EN LA DIETA.
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

S E S I O N V (MAYO)

- + REPARTO DE MANUAL DE DIETAS PARA EL PACIENTE DIABETICO Y FOLLETERIA SOBRE DIETAS SEGUN LOS REQUERIMIENTOS CALORICOS ELABORADAS POR EL DEPARTAMENTO NUTRICION DEL ISSSTE.
- + ANALISIS DE TABLAS DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ALIMENTOS.
- + SISTEMA DE INTERCAMBIO DE PORCIONES DE ALIMENTOS EN BASE A LAS TABLAS ANTERIORES.
- + ELABORACION DE UNA DIETA EN BASE A LOS REQUERIMIENTOS DIARIOS DE CALORIAS REPARTIDAS EN SUS TRES COMIDAS PRINCIPALES Y COLACIONES.
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

SESION VI (JUNIO)

- + REFORZAMIENTO DEL SISTEMA DE INTERCAMBIO DE PORCIONES DE ALIMENTOS.
- + DIETAS ESPECIALES (PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DE DISLIPIDEMIAS, HIPERTENSOS CON HIPERURICEMIA, NEFROPATAS, ETC.)
- + ANALISIS E INTERCAMBIO DE RECETAS DE COCINA PROPORCIONADAS POR LOS MIEMBROS DEL CLUB, FORMULACION DE MENUS.
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

SESION VII (JULIO)

- + DESARROLLO DEL TEMA " EL PACIENTE DIABETICO Y EL EJERCICIO "
- + DESARROLLO DEL TEMA " CUIDADO DE LA BOCA Y DIENTES "
- + DESARROLLO DEL TEMA EXAMEN Y CUIDADO DE LOS PIES COMO MEDIDA PREVENTIVA DEL PIE DIABETICO.
- + REPARTO DE FOLLETOS Y TRIPTICOS SOBRE LOS TEMAS ANTERIORES.
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

SESION VIII (AGOSTO)

- + DESARROLLO DEL TEMA " CONTROL MEDICO Y AUTOCONTROL DEL PACIENTE DIABETICO "
- + DESARROLLO DEL TEMA " COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS, SINTOMATOLOGIA Y CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE : HIPOGLICEMIA, CETOACIDOSIS Y COMA HIPERGLICEMICO HIPEROSMOLAR.."
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

SESION IX (SEPTIEMBRE)

- + DESARROLLO DEL TEMA " ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE DIABETICO E INFLUENCIA DEL ESTRESS SOBRE SU ENFERMEDAD "
- + TECNICAS DE RELAJACION
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

SESION X (OCTUBRE)

- + DESARROLLO DEL TEMA " LA FAMILIA Y EL PACIENTE DIABETICO "
- + DESARROLLO DEL TEMA " LO QUE SE PUBLICA ACERCA DE LA DIABETES MELLITUS "
- + LECTURA, ANALISIS Y COMENTARIOS SOBRE ARTICULOS SOBRE EL TEMAS PUBLICADOS EN PERIODICOS, REVISTAS Y OTRO TIPO DE PUBLICACIONES.
- + COMENTARIOS, PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

SESION XI (NOVIEMBRE)

- + EVALUACION. (APLICACION DE TEST DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS)

- + CLAUSURA DEL CURSO
- + CONVIVENCIA GRUPAL.

ANEXO II

CLUB DEL PACIENTE DIABETICO
HOSPITAL "PRESIDENTE LAZARO CARDENAS" DEL ISSSTE
CHIHUAHUA CHIH.
ENERO -- 1994

NOMBRE:-----

EDAD:----- SEXO : FEM () MAS ()

ESTADO CIVIL :----- ESCOLARIDAD:-----

OCUPACION:-----

DOMICILIO :----- TEL:-----

CODIGO POSTAL:----- CEDULA DE AFILIACION AL ISSSTE :-----

1.- ¿TIENE ALGUN FAMILIAR CON DIABETES MELLITUS ? SI () NO ()

2.- EN CASO DE QUE SI ¿ QUIEN ES ? O ¿ QUIENES SON ?

ABUELOS PATERNOS () ABUELOS MATERNOS () PADRE () MADRE ()

HERMANOS () TIOS PATERNOS () TIOS MATERNOS () HIJOS ()

3.- ¿ A USTED EN QUE FECHA SE LE DIAGNOSTICO LA DIABETES MELLITUS ?

4.- ¿ CUANTOS AÑOS TIENE DE PADECERLA ?

5.- ¿ QUIEN LE DIJO A USTED QUE ERA DIABETICO ?

SU MEDICO FAMILIAR () UN MEDICO PARTICULAR () UN MEDICO ESPECIALIS

TA () UN MEDICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS () EN MEDICINA PREVEN--

TIVA ()

6.- ¿LLEVA ACTUALMENTE ALGUN TRATAMIENTO MEDICO PARA SU DIABETES? SI ES ASI ESPECIFIQUE ¿CUAL ES?

INSULINA () DOSIS:----- TIEMPO -----

TABLETAS () NOMBRE-----DOSIS-----

TIEMPO-----

7.- ¿LLEVA USTED DIETA PARA EL CONTROL DE SU DIABETES? SI () NO ()

8.- ¿TIENE USTED UN INSTRUCTIVO PARA SU DIETA? SI () NO ()

9.- ¿CON QUE FRECUENCIA LLEVA SU DIETA?

NUNCA () RARA VEZ () ALGUNAS VECES () LA MAYORIA DE LAS VECES () SIEMPRE ()

10.- ¿CADA CUANDO ACUDE A CONTROL CON SU MEDICO FAMILIAR ?

CADA MES () CADA DOS MESES () CADA SEIS MESES ()

CUANDO ME SIENTO MAL () CUANDO TENGO TIEMPO () NUNCA ()

11.- ¿CADA CUANDO ACUDE A EXAMENES DE LABORATORIO ?

CADA MES () CADA DOS MESES () CADA SEIS MESES ()

CUANDO ME SIENTO MAL () CUANDO TENGO TIEMPO () NUNCA ()

ANEXO III

CLUB DEL PACIENTE DIABETICO
HOSPITAL "PRESIDENTE LAZARO CARDENAS" DEL ISSSTE
EXAMEN DE CONOCIMIENTOS

NOMBRE-----

DOMICILIO-----TEL-----

CEDULA DE AFILIACION AL ISSSTE----- C.P.-----

FECHA :-----

1.- ¿CUAL ES LA CAUSA MAS FRECUENTE POR LA QUE SE PRESENTA LA DIABETES MELLITUS ?

- A) POR UN SUSTO O POR UN DISGUSTO ()
- B) POR LA ADMINISTRACION DE UN SUERO GLUCOSADO.....()
- C) POR HERENCIA.....()
- D) POR FACTORES GENETICOS Y AMBIENTALES.....()
- E) NO SE.....()

2.- LA DIABETES MELLITUS ES UNA ENFERMEDAD ...

- A) QUE APARECE SOLO EN PERSONAS ADULTAS.....()
- B) QUE SE CURA CON MEDICAMENTOS Y DIETA.....()
- C) QUE SE CONTROLA CON DIETA Y MEDICAMENTOS.....()
- D) QUE DESAPARECE SOLA.....()
- E) NO SE.....()

3.- LA DIABETES MELLITUS ES UNA ENFERMEDAD ...

- A) TRANSMISIBLE.....()
- B) DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS..... ()
- C) QUE AFECTA EL SISTEMA DIGESTIVO..... ()
- D) MAS FRECUENTE EN ANCIANOS ()
- E) NO SE ()

4.- ¿ CUAL ES EL ORGANO QUE AL FALLAR FAVORECE LA APARICION LA DIABETES MELLITUS ?

- A) EL PULMON ()
- B) EL RIÑON ()
- C) EL PANCREAS ()
- D) EL CORAZON ()
- E) NO SE ()

5.- LA SUBSTANCIA QUE CONTROLA EL NIVEL DE AZUCAR EN LA SANGRE SE LLAMA ...

- A) ADRENALINA..... ()
- B) AMILASA..... ()
- C) INSULINA ()
- D) HEPARINA ()
- E) NO SE ()

6.- ES UN FACTOR QUE PREDISPONE A LA DIABETES MELLITUS..

- A) OBESIDAD ()
- B) INFECCIONES FRECUENTES..... ()
- C) LA EDAD ()
- D) LA DESNUTRICION ()
- E) NO SE ()

7.- LOS SINTOMAS PRINCIPALES DE LA DIABETES SON:

- A) DOLOR DE CABEZA Y ZUMBIDO DE OIDOS ()

- B) TOS, DEBILIDAD Y PERDIDA DE PESO ()
- C) MUCHA HAMBRE, MUCHA SED Y MUCHAS GANAS DE ORINAR ()
- D) SOMNOLENCIA, CALOSFERIOS Y DOLOR DE HUESOS ()
- E) NO SE ()

8.- EL DIABETICO ORINA MUCHO PORQUE...

- A) ES NERVIOSO Y TOMA MUCHA AGUA PARA TRANQUILIZARSE..... ()
- B) LA VEIGA SE ENFERMA Y DEJA SALIR MAS ORINA..... ()
- C) ARROJA MUCHA AZUCAR POR LA ORINA Y FORZA AL RIÑON PARA QUE PRODUZCA MAS ORINA ()
- D) POR EL TIPO DE MEDICAMENTO QUE TOMA ()
- E) NO SE ()

9.- LA PRINCIPAL FUNCION DE LA INSULINA ES..

- A) INTRODUCIR AZUCAR A LA CELULA ()
- B) CONTROLAR LA PRESION ARTERIAL..... ()
- C) MEJORAR LA CAPTACION DE HIERRO POR EL ORGANISMO ()
- D) AUMENTAR LOS NIVELES DE AZUCAR EN LA SANGRE ()
- E) NO SE ()

10.- A LA FORMA DE DIABETES QUE APARECE EN EL ADULTO Y QUE SE CONTROLA CON DIETA Y MEDICAMENTOS SE LE CONOCE TAMBIEN COMO...

- A) INSULINODEPENDIENTE ()
- B) NO INSULINODEPENDIENTE ()
- C) REACTIVA ()
- D) INSIPIDA ()
- E) NO SE ()

11.- CUAL ES LA MANERA MAS EXACTA PARA CONOCER LOS NIVELES DE AZUCAR EN LA SANGRE

- A) POR MEDIO DE UNA GLICEMIA ()
- B) POR MEDIO DE UNA BIOMETRIA ()
- C) POR MEDIO DE UN EXAMEN DE ORINA ()
- D) POR MEDIO DE UN DESTROXTIX ()
- E) NO SE ()

12.- CUANDO SE SOSPECHA QUE UNA PERSONA ES DIABETICA ¿ QUE DEBE DE HACER ?

- A) INICIAR TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA CONTROLAR LA DIABETES MELLITUS ()
- B) SEGUIR EL CONSEJO DE UN VECINO O DE ALGUN FAMILIAR SOBRE LO QUE DEBE DE TOMAR ()
- C) ACUDIR CON EL MEDICO PARA CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO ()
- D) ESPERAR HASTA QUE REALMENTE SE SIENTA MAL PARA INICIAR EL TRATAMIENTO..... ()
- E) NO SE ()

13.- ¿ CUALES SON LOS NIVELES NORMALES DE GLUCOSA (AZUCAR) EN SANGRE ?

- A) 40 A 80 MILIGRAMOS ()
- B) 80 A 120 MILIGRAMOS ()
- C) 120 A 200 MILIGRAMOS ()
- D) MAS DE 200 MILIGRAMOS ()
- E) NO SE ()

14.- EL CONTROL ADECUADO DE LA DIABETES NOS AYUDA A ...

- A) MEJORAR LA CIRCULACION DELA SANGRE ()
- B) NO ENGORDAR ()
- C) EVITAR LA APARICION DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS DE LA DIABETES ()
- D) SUSPENDER LA DIETA Y EL TRATAMIENTO ()
- E) NO SE ()

15.- LA DIETA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO ES ...

- A) SOLO ES UTIL A VECES ()
- B) MUY IMPORTANTE ()
- C) ADELGAZA AL PACIENTE Y LO DEBILITA ()
- D) SOLO DEBE DE LLEVARSE CUANDO LA GLUCOSA SE ENCUENTRA ALTA... ()
- E) NO SE ()

16.- ¿CUANTO TIEMPO DEBE DE LLEVAR EL PACIENTE DIABETICO SU DIETA ?

- A) CUANDO PUEDA Y QUIERA ()
- B) CUANDO ESTE DESCONTROLADO ()
- C) TODA LA VIDA ()
- D) SOLO CUANDO SE LO INDIQUE EL MEDICO..... ()
- E) NO SE ()

17.- QUE ALIMENTOS NO DEBE DE COMER EL PACIENTE DIABETICO ...

- A) PASTELES, BEBIDAS ALCOHOLICAS Y DULCES ()
- B) CARNES ROJAS..... ()
- C) CEREALES, FRUTAS Y VERDURAS..... ()
- D) PESCADOS Y MARISCOS ()
- E) NO SE ()

18.- ¿ QUE ES UN CARBOHIDRATO ?

- A) TODO TIPO DE GRASA ()
- B) AZUCAR Y TODO LO QUE SE TRANSFORME EN ELA ()
- C) TODO LO QUE NOS PRODUCE ENERGIA ()
- D) TODO LO QUE NOS AYUDA A FORMAR TEJIDOS EN EL ORGANISMO ()
- E) NO SE ()

19.- UN DIABETICO NORMALMENTE DEBE DE ...

- A) VARIAR SU DIETA CON UNA LISTA DE EQUIVALENTES ()

- B) PREPARAR SUS ALIMENTOS SEPARADAMENTE DE SU FAMILIA ()
- C) RESTRINGIR COMPLETAMENTE LA INGESTA DE CARBOHIDRATOS ()
- D) COMER TODO LO QUE SE LE ANTOJE ()
- E) NO SE ()

20.- ¿POR QUE EL DIABETICO DEBE DE TENER UNA BUENA HIGIENE PERSONAL ?

- A) PARA MANTENER SU GLUCOSA SANGUINEA NORMAL ()
- B) PARA MEJORAR SU DIGESTION Y EVITAR LA DIARREA ()
- C) PARA NO ACUDIR TANTO AL MEDICO ()
- D) PARA DISMINUIR EL RIESGO A LAS INFECCIONES ()
- E) NO SE ()

21.- ¿ QUE ES UNA CALORIA ?

- A) ES LA CANTIDAD DE GRASA QUE TIENE UN ALIMENTO ()
- B) ES LA CANTIDAD DE CARBOHIDRATOS QUE TIENE UN ALIMENTO..... ()
- C) ES LA CANTIDAD DE PROTEINAS QUE TIENE UN ALIMENTO ()
- D) ES LA CANTIDAD DE ENERGIA QUE CONTIENE UN ALIMENTO ()
- E) NO SE ()

22.- DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES ¿CUAL DEBE DE EVITAR HACER EL PACIENTE DIABETICO?

- A) EL BAÑO DIARIO PARA EVITAR RESFRIADOS..... ()
- B) ANDAR DESCALZO ()
- C) USAR ROPA HOLGADA Y ZAPATOS COMODOS ()
- D) MANEJAR AUTOMOVILES POR LA NOCHE ()
- E) NO SE ()

23.- EL DIABETICO DESCONTROLADO ES AQUEL QUE...

- A) SI ACUDE A CONTROL CON SU MEDICO CADA MES ()
- B) TIENE LAS COMPLICACIONES CRONICAS PROPIAS DE SU ENFERMEDAD ()

- C) TIENE EL AZÚCAR EN SANGRE A VECES ALTO Y A VECES BAJO()
 - D) UTILIZA LA INSULINA COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO()
- 24.- EL PACIENTE DIABÉTICO DEBE DE CUIDAR SUS PIES POR QUE...
- A) LA DIABETES SE ASOCIA CON EL PIE PLANO()
 - B) EN ELLOS SU PIEL SE HACE MAS DURA Y CALLOSA ()
 - C) SE ALTERA LA CIRCULACION Y SENSIBILIDAD DEL PIE()
 - D) POR QUE TIENE EL RIESGO DE LLEGAR A PRESENTAR PIE DE ATLETA()
 - E) NO SE()
- 25.- LAS COMPLICACIONES TARDIAS DE LA DIABETES AFECTAN PRINCIPALMENTE A LOS SIGUIENTES ORGANOS ...
- A) HIGADO, INTESTINO Y VIAS BILIARES.....()
 - B) OJOS, RIÑONES Y VASOS SANGUINEOS()
 - C) SENTIDOS DEL TACTO, GUSTO Y OLFATO()
 - D) BRONQUIOS, PULMONES Y CORAZON()
 - E) NO SE()
- 26.- ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES SON :
- A) CEGUERA E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA()
 - B) NERVIOSISMO Y DOLOR DE CABEZA()
 - C) ULCERACIONES Y GANGRENA DE PIES()
 - D) HIPOGLICEMIA Y CETOACIDOSIS DIABETICA()
 - E) NO SE()
- 27.- EL USO DE LA INSULINA EN ALGUNOS PACIENTES DIABÉTICOS ...
- A) ES BENEFICA PARA EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD()
 - B) EMPEORA LA ENFERMEDAD CON EL USO FRECUENTE()
 - C) PRODUCE CEGUERA EN LOS PACIENTES QUE LA UTILIZAN()

- D) SU UTILIZACION NO ESTA INDICADA ()
- E) NO SE ()

28.- ¿ CUANTOS TIPOS DE INSULINA CONOCE UD. ?...

- A) LA TIPO ORAL Y LA TIPO INTRAVENOSA ()
- B) LA CLARA Y LA OSCURA ()
- C) LA RAPIDA, INTERMEDIA Y LENTA ()
- D) LA COMERCIAL Y LA INSTITUCIONAL ()
- E) NO SE ()

29.- EXISTEN OTRO TIPO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL CONTROL DE LA DIABETES CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE...

- A) ANTIBIOTICOS ()
- B) HIPOGLICEMIANTES ORALES ()
- C) HIPOLIPEMIANTES ()
- D) ANALGESICOS ()
- E) NO SE ()

30.- CUANDO UN PACIENTE PRESENTA MAREOS, SUDORACION, CONFUSION MENTAL Y SENSACION DE HAMBRE, ES POR QUE ESTA PRESENTANDO ...

- A) HIPOGLICEMIA ()
- B) INFECCION ()
- C) INFARTO ()
- D) COMA DIABETICO ()
- E) NO SE ()

31.- QUE OTRAS SUSTANCIAS SE PUEDEN ENCONTRAR ELEVADAS EN LA SANGRE DEL PACIENTE DIABETICO...

- A) COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS ()
- B) BILIRRUBINAS Y PROTEINAS ()
- C) ENZIMAS PANCREATICAS ()

- D) PLAQUETAS, LEUCOCITOS Y ERITROCITOS ()
- E) NO SE ()
- 32.- CONSIDERAMOS QUE UN PACIENTE DIABETICO SE ENCUENTRA CONTROLADO CUANDO SUS NIVELES SANGUINEOS DE GLUCOSA PERMANECEN ALREDEDOR DE...
- A) MENOS DE 50 MG-DL ()
- B) 200 MG-DL ()
- C) 150 MG-DL ()
- D) MAS DE 200 MG-DL ()
- E) NO SE ()
- 33.- EL MEDICO FAMILIAR DEBE DE EFECTUAR VALORACION DE LA GLICEMIA AL PACIENTE DIABETICO ...
- A) TODOS LOS DIAS ()
- B) CADA MES ()
- C) SOLO CUANDO EL PACIENTE SE SIENTA MAL ()
- D) CADA VEZ QUE EL PACIENTE SE LA SOLICITE ()
- E) NO SE ()
- 34.- SON MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL DE LA DIABETES...
- A) AMPICILINA Y TETRACICLINAS ()
- B) TOLBUTAMIDA Y GLIBENCLAMIDA ()
- C) NAPROXEN Y RANITIDINA ()
- D) CAPTOPRIL Y NIFEDIPINA ()
- E) NO SE ()
- 35.- ¿CUALES SON LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE DIABETICO INSULINO-DEPENDIENTE AL NO LLEVAR SU TRATAMIENTO DE UNA MANERA ADECUADA..?
- A) INFECCIONES CRONICAS Y DEBILIDAD ()
- B) INSUFICIENCIA RENAL Y CIRROSIS ()

- C) CEGUERA Y AMPUTACION DE PIES()
- D) CETOACIDOSIS DIABETICA()
- E) NO SE()

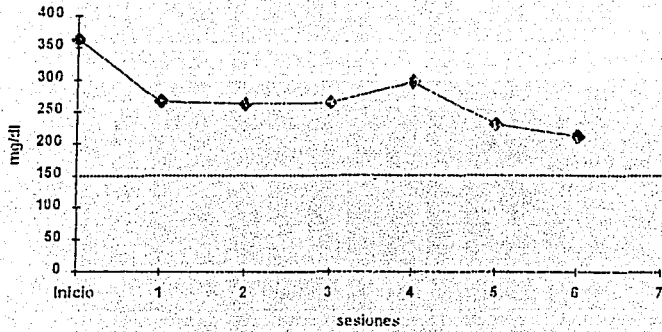
Cuadro Nº 1
Evolución de la glucemia y promedio de los ocho meses
de control en el Club de Diabéticos

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Media
Caso 1	364	266	292	263	295	229	211		270.0
Caso 2	237	193	176	214	265	145	203		205.6
Caso 3	188	205	179	188	205	96	138	167	163.1
Caso 4	190	178	141	161	222	142	177		173.0
Caso 5	316	297	363	193	178	257	249	248	263.1
Caso 6	293	369	188	120	177	253	181	187	221.0
Caso 7	206	272	198	96	146	185	170	168	180.9
Caso 8	243	202	217	243	147	304	258	146	221.3
Caso 9	204	210	225	145	243	91	73	178	171.1
Caso 10	175	180	126	143	193	208	136	133	145.1
Caso 11	286	241	223	272	192	281	142	206	250.4
Caso 12	235	119	273	177	149	186	212	127	184.8
Caso 13	164	137	141	194	126	137	106	136	142.6
Caso 14	175	118	166	136	184	102	162	142	148.1
Caso 15	168	132	112	158	84	165	148	126	136.6
Caso 16	169	144	128	145	177	185	155	165	156.5
Caso 17	156	116	138	151	142	114	159	126	137.6
Caso 18	225	213	177	220	225	148	183	204	199.4
Caso 19	237	286	238	271	201	255	194	282	252.6
Caso 20	178	124	118	92	114	134	119	91	121.3

Fuente: Glucemias mensuales

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 1

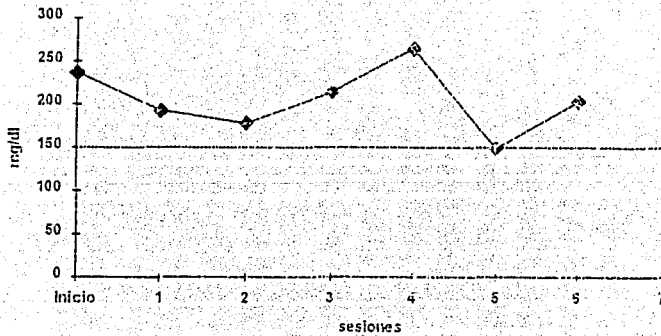
Media=270 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 2

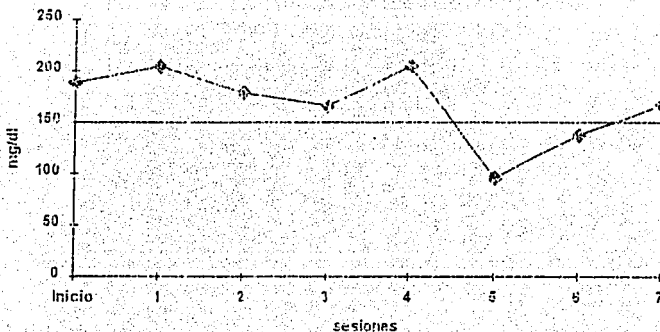
Media=205 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 3

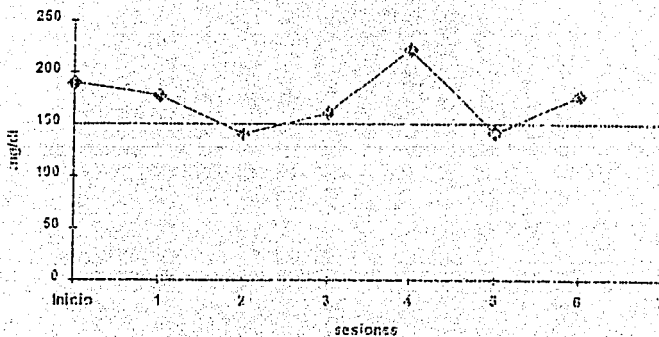
Media=168 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 4

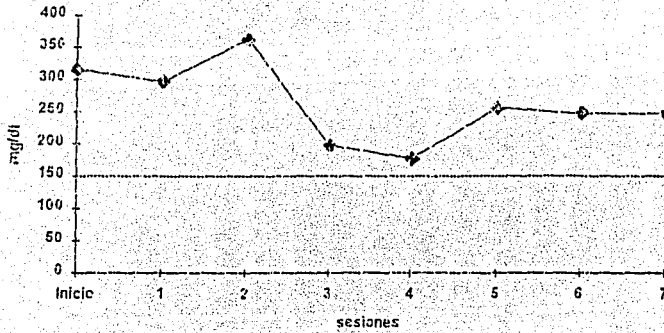
Media=173 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 5

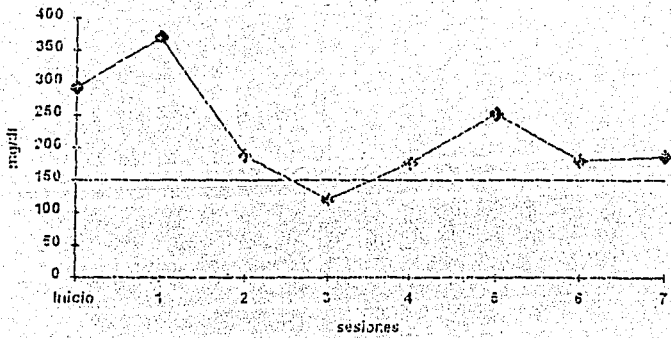
Media=263 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 6

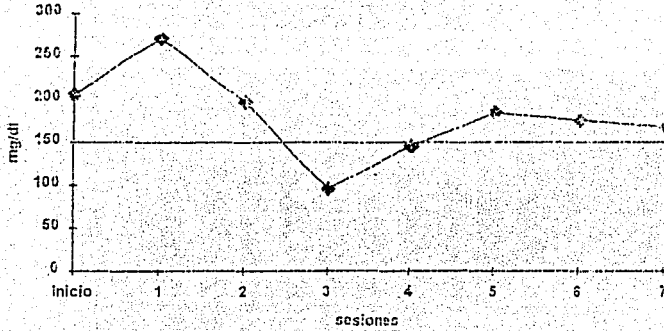
Media=221 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 7

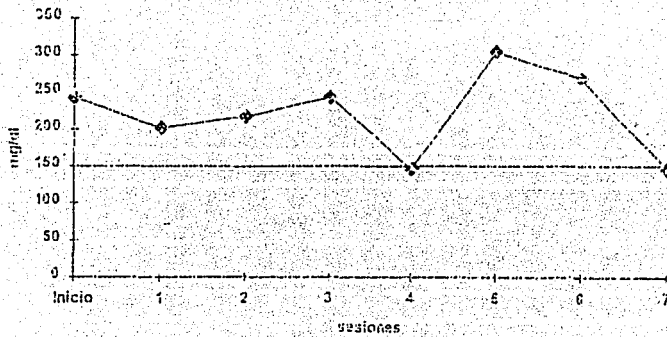
Media=180 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club
CASO 8

Media=221 mg/dl

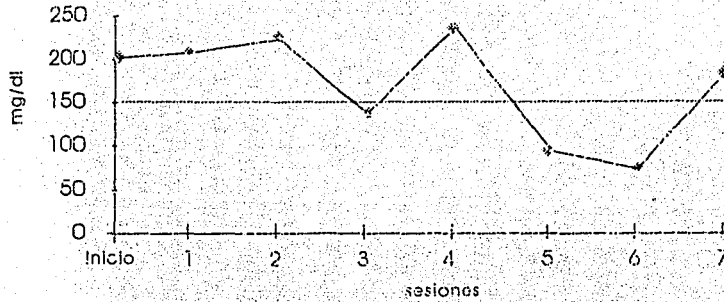


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 9

Media = 171 mg/dl

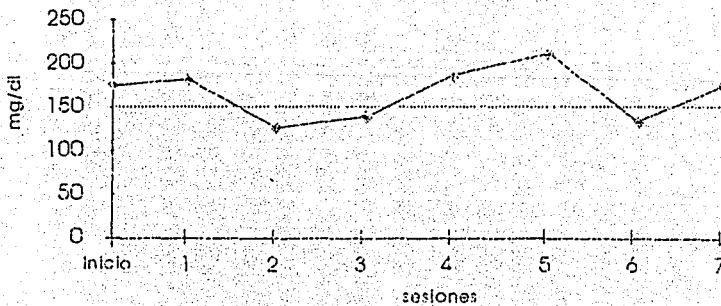


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 10

Media = 145 mg/dl

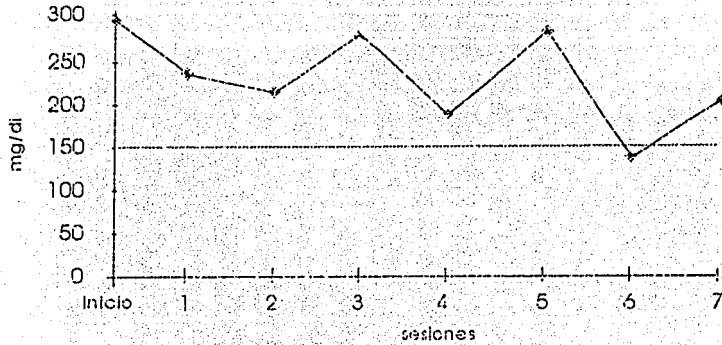


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 11

Media = 236 mg/dl

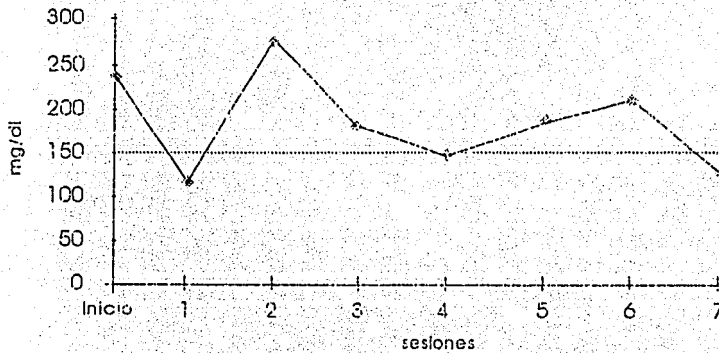


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 12

Media = 184 mg/dl

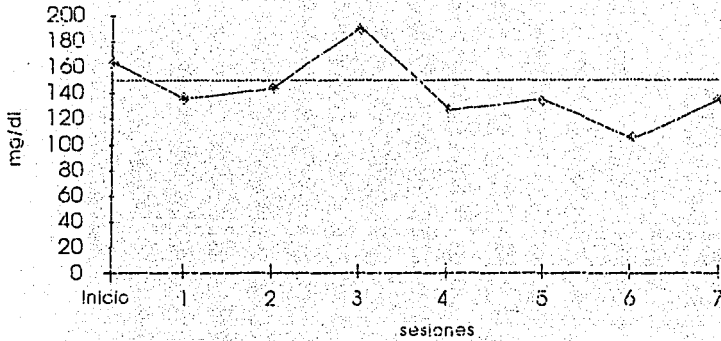


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 13

Media = 142 mg/dl

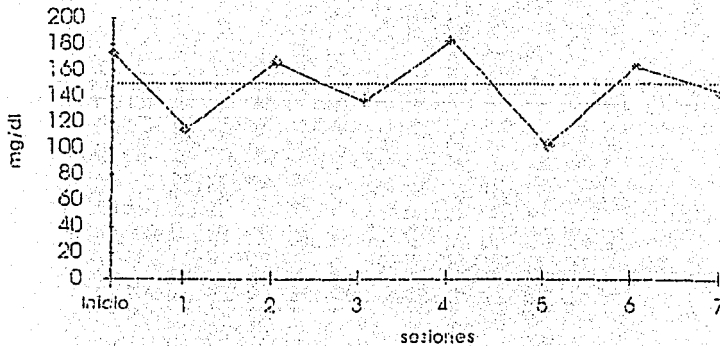


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 14

Media = 148 mg/dl

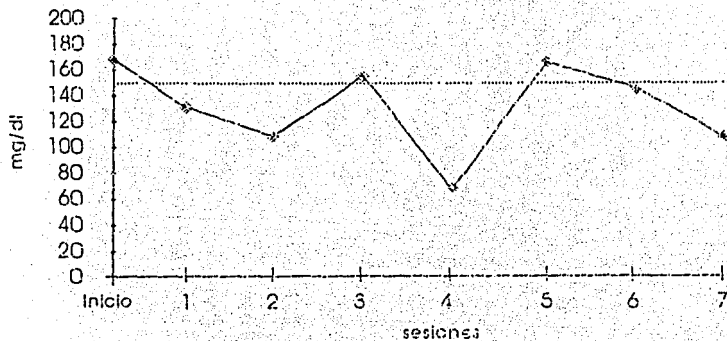


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 15

Media = 136 mg/dl

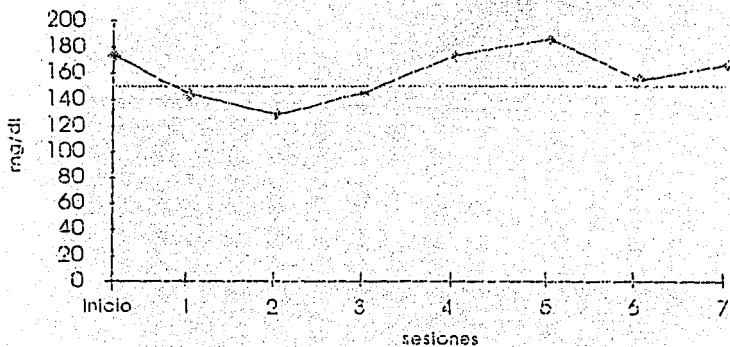


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 16

Media = 158 mg/dl

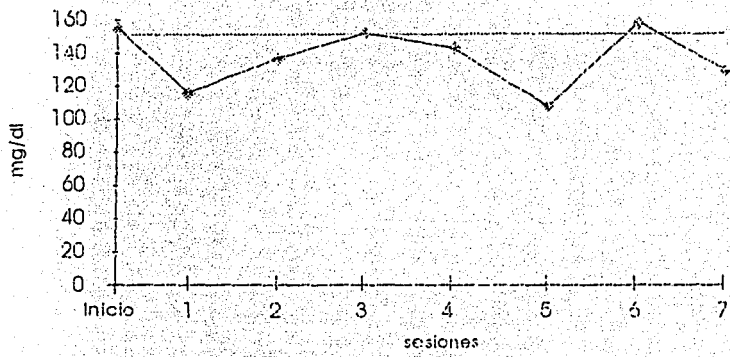


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 17

Media = 137 mg/dl

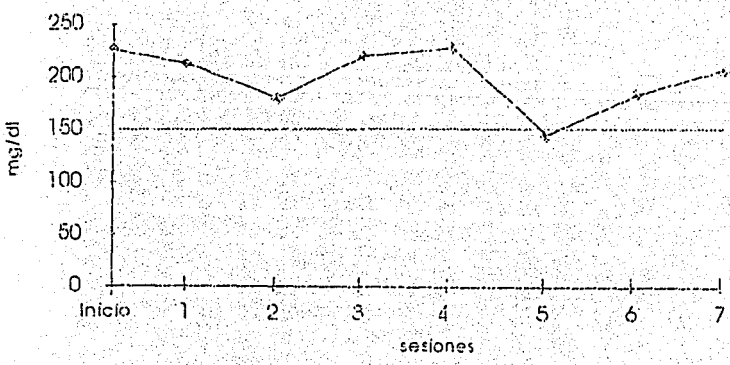


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 18

Media = 198 mg/dl

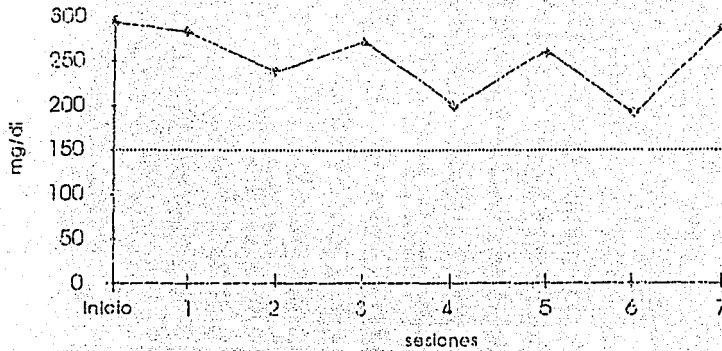


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 19

Media = 253 mg/dl

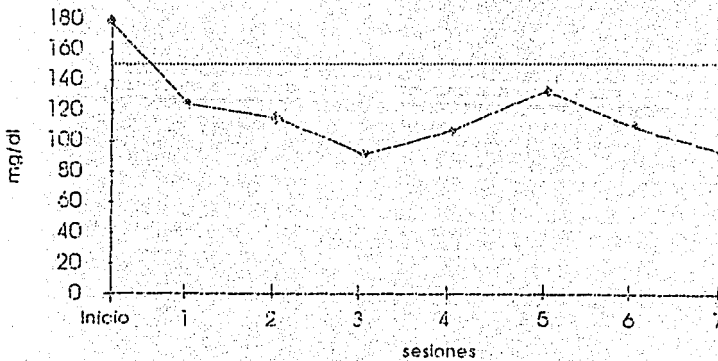


Fuente: Cuadro N°

Evolución de la glicemia durante su permanencia en el Club

CASO 20

Media = 121 mg/dl



Fuente: Cuadro N°

Cuadro N° 2
Porcentaje comparativo de aprovechamiento del curso
en el club de diabéticos por módulo de enseñanza

Conceptos	Evaluación inicial	Evaluación final	Diferencia
Etiología y aspectos generales	60.0 %	83.7%	+ 23.7 %
Sintomatología, diagnóstico y control	78.3 %	94.4 %	+ 16.1 %
Tratamiento	73.0 %	82.3 %	+ 9.3 %
Complicaciones	59.0 %	56.0 %	- 3.0 %
Total	67.5 %	79.1 %	+ 11.6 %

$p = .001$

Fuente: Evaluaciones inicial y final

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Medicine. Scientific Americans Inc. Metabolismo VI. pags. 1-29 Editorial Científica Médica Latinoamericana. México 1993.
- 2.- Harrison's. Principles of Internal Medicine. Vol. II. 12th Edition International. Editorial Interamericana pags. 1739-1758 E.E.U.U. 1991.
- 3.- Israel Lerman Garber. Atención integral del paciente diabético. Editorial Interamericana-Mc Graw Hill México. 1994
- 4.- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Diabetes mellitus. Dirección nacional de Medicina Preventiva. México 1985.
- 5.- ISSSTE. Subdirección Gral. Médica. Manual de Normas y Procedimientos en Diabetes mellitus. México 1988.
- 6.- ISSSTE: Subdirección Gral. Médica. Compendio en Educación para la salud al Magisterio México 1988.-
- 7.- Hilary King y Colis. Global Estimates for Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in Adults. Diabetes Care Vol 16 Number 1 January 1993 pags. 157-177 E.E.U.U.
- 8.- Jorge V. Chávez. Introducción a la Medicina Familiar. pags. 197-213 Editorial Universitaria Potosina México 1992.
- 9.- S:S:A: Manual de Normas de Educación para la Salud. Dirección Gral. de Educación para la Salud. México 1983
- 10.- Laura Diaz Nieto y Colis. Grupo de Autocuidado de Diabetes mellitus tipo II. Salud Pública de México marzo-abril 1993 vol. 35 No. 2. pags. 169-176
- 11.- R. Alberc, J. Acha y Colis. Mejoría Metabólica de la Diabetes mellitus mediante el seguimiento de normas estrictas de autocontrol. Atención Primaria Vol 12 Núm. 8 Nov. 15 de 1993 pags. 65-70. España.
- 12.- J.L. Turabián. Evaluación de Programas de Promoción de la Salud en la Atención Primaria. Atención Primaria Vol. 12 Núm. 9 Nov. 30 de 1993 España.
- 13.- Madelyn S. Wheeler y Colas. Diabetes Patients Education Programs. Diabetes Care Vol. 15 Supplement 1 march 1992 pags. 36-40 E.E.U.U.

14.- J.F. Sáenz Hernáiz y Cols. Efectividad de la Educación Sanitaria a Diabéticos tipo II no insulino dependientes. Atención Primaria. Vol. 10 Núm. 5 oct. 1 de 1992. pags. 43-46 España.

15.- J.M. Bueno y Cols. Estudio de Validación de una escala de Educación Diabetológica en Atención primaria. Atención Primaria. Vol. 11 Núm. 7 abril 30 de 1993 pags. 40-46 España.

16.- Russell E. Glasgow. Evaluating Diabetes Education. Diabetes Care. Vol. 15 Number 10 oct. 1992. pags. 1423-1432. E.E.U.U.

17.- Luz María Hernández. Análisis del Tratamiento y Seguimiento en pacientes con Diabetes mellitus no insulino dependientes de la Clínica Oriente del ISSSTE. Paraceleso año 4 núm. 2 abril - junio de 199 pags. 48-52 México.

18.- García González R. y Cols. Comportamiento del Trabajador Diabético en una empresa industrial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Vol. 23 No. 4 abril - junio 1985 pags. 391 - 393.

19.- Raymundo Rodríguez. Determinación en la frecuencia de Incapacidades en el Trabajador Diabético. Tesis para obtener Licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. México. Noviembre 1992.