



11226
22
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL
CON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1, MORELIA, MICHOACAN

"VALORACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
SU ENFERMEDAD EN UNA POBLACION DE DIABETICOS
ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 1, MORELIA, MICHOACAN"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dr. José Manuel Castro Bolaños

ASESOR DE TESIS

Dra. Patricia Cecilia Vallejo Díaz



1989

275380



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 esta 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.

SIN

PASIONACION

DR. RUBEN VELASCO ORELLANA
COORDINADOR DE INVESTIGACION MEDICA
I.M.S.S. MICHOACAN

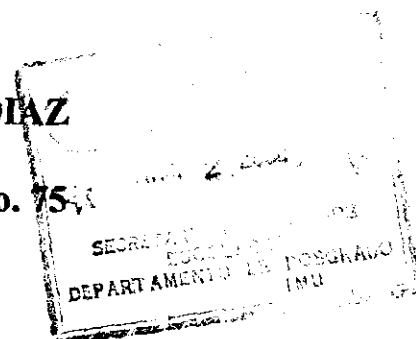
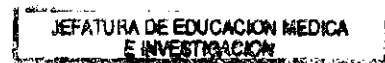
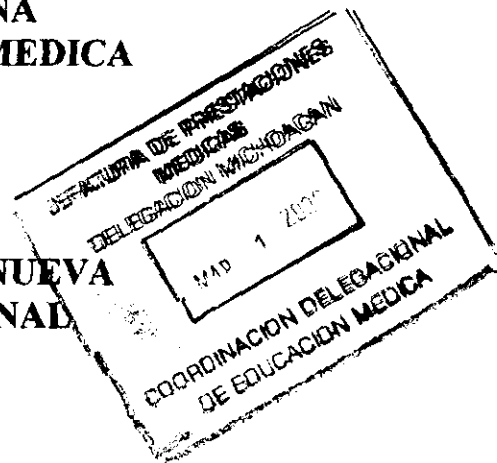
DRA. ROSA MARIA TAPIA VILLANUEVA
COORDINADOR DELEGACIONAL
EDUCACION MEDICA
I.M.S.S. MICHOACAN

DR. BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ
JEFE EDUCACION MEDICA
DEL H.G.R.M.F. No. 1
MORELIA, MICHOACAN

DRA. MARIA DEL REFUGIO VALENZIA ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.R. M.F. No. 1
MORELIA, MICHOACAN

DR. VALENTIN ROA SANCHEZ
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS :
DRA. PÁTRICIA CECILIA VALLEJO DIAZ
MEDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75
MORELIA, MICHOACAN.



A CRISTI, MI ESPOSA QUIEN ME
AYUDO Y COMPRENDE MI
ESFUERZO DE SUPERACION.

A MI MADRE, QUIEN ME DIO LAS
LECCIONES PARA LLEVAR UNA
VIDA ADECUADA.

A MI PADRE, QUIEN ME AYUDO Y
APOYO CUANDO MAS LO
NESECITE.

CONTENIDO

I.- MARCO TEORICO.

II.- JUSTIFICACION.

III.- OBJETIVO.

A) OBJETIVO GENERAL.

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS

IV.- MATERIAL Y METODOS.

V.- RESULTADOS.

VI.- DISCUSIÓN.

VII.- CONCLUSIONES.

VIII.- RECOMENDACIONES.

IX.- BIBLIOGRAFIAS.

X.- CUADROS.

XI.- ANEXOS.

I MARCO TEORICO

La salud no logra ser un fin en sí misma si no esta acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Sin embargo la salud es un concepto dinámico histórico que cambia de acuerdo a la época y con las condiciones de vida de las poblaciones y de las ideas que las acompañan.

Hernán San Martín propone una definición estratégica de salud como " el mejor estado de equilibrio ecológico entre los riesgos que efectan la biología de cada individuo o la población de cada individuo o de la población y los medios para controlar estos riegos" (1)

En la conferencia de Ottawa para la promoción de la salud realizada en 1986 se refiere que " la salud es un recurso para la vida y no su objetivo. La salud se vive por la persona en la vida diaria, allá donde se aprende, se trabaja, se juega y se ama. Se construye a través de la atención de uno mismo y a los otros, cuando es posible tomar decisiones y tener un cierto control de las circunstancias vitales y cuando la sociedad va creando las condiciones para alcanzar la salud para todos. (2)

En todas las sociedades humanas la morbilidad es extremadamente alta y el gasto de tipo curativo insostenible para las sociedades más desarrolladas (3)

Siendo las enfermedades crónicas no infecciosas constituyen un problema cada vez más importante a medida que la esperanza de vida aumenta (4). En los países mas desarrollados estas enfermedades representan las mayores causas de morbilidad y mortalidad, dando lugar al indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos por causas de defunciones a edades tempranas, destacando entre ellas la diabetes mellitus y sus complicaciones (5).

Los estudios epidemiológicos realizados en estos países conducen con gran frecuencia a la identificación de los " grupos expuestos a enfermar " y los factores de riesgo. Esto no constituye la etiología de las enfermedades, pero si son siempre factores que aparecen asociados a la enfermedad: sin embargo varía mucho de una población a otra y de una enfermedad a otra. (6).

La noción de " riesgo " es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente en variación permanente. " Los riesgos sociales dependen de la vida en sociedad y mas precisamente del tipo de estructura social. De aquí que el riesgo de enfermar varía de una sociedad a otra dentro de una misma población en razón de la edad, sexo, profesión y trabajo, estación del año, nivel de vida, cultura, grado de instrucción, hábitos y comportamientos estado civil, etnia, tiempo y intensidad de la exposición al riesgo, lugar de residencia, historia familiar, historia médica anterior, tamaño de la familia.

Los riesgos son generales a una comunidad, pero siempre se producen diferencias de grupos de individuos debido a la influencia de los factores antes mencionados. Entre ellos, la edad parece la influencia principal, pero esta muy asociada, con el tiempo de exposición al riesgo. (7). Los factores de riesgo pueden ser muchos y se clasifican epidemiologicamente en:

- Factor casual o etiológico.
- Factores de riesgo principales o condicionales.
- Factores adicionales o favorecedores (no siempre presentes).

Una función principal e importante del personal de salud es la de educador, siendo la educación uno de los pilares de la Medicina Preventiva y el Fomento a la Salud, siendo la finalidad de la educación sanitaria ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo. Empieza por lo tanto con el interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida y aspira a crear un sentido de responsabilidad por su propio mejoramiento sanitario, ya sea individualmente o como miembros de una familia y de la colectividad (8). La educación sanitaria trata de cambios de ideas, sentimiento y conducta de las personas y fomentar aquellas practicas se supone producirán el mayor grado posible de bienestar individual y social. (8).

La educación para la salud, como disciplina científica es de muy reciente desarrollo, pues para estructurarse como tal, hubo de apoyarse en otras disciplinas como educación Socioantropología, particularmente en educación, socioantropologicas y sanitarias, sin embargo la educación higiénica como la transmisión de conocimientos y conductas que sirven para evitar la enfermedad y para fomentar la salud, ha existido siempre como una actitud inherente al hombre, basada en su condición instintivo - biológica que le hace huir del dolor y de la muerte (9).

Como proceso, la educación para la salud presupone un acto de transmisión y fomento de valor de la salud, que va de quienes tienen la tarea de educar hacia aquellos que son objeto de la acción educativa; en resumen, la educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear individuos conductas favorables a su salud (10).

En nuestro país, la educación higiénica existe desde antes de la llegada de lo españoles, siendo frecuente encontrar en los códigos indígenas un a serie de consejos sobre salud y enfermedad, tanto individuales como públicos. En la época colonial, fueron muchas las disposiciones en las que se obligaba a la población, bajo amenaza de

castigo, a practicar la limpieza de las calles y lotes baldíos. En el siglo pasado aparece el primer código sanitario en el que se asientan por escrito una serie de medidas educativas destinadas conservar la salud. En esa época era frecuente también que los médicos insistieran en sus congresos sobre las medidas educativas destinadas a orientar a la población.

En el México postrevolucionario, el Departamento de Salubridad Pública creó por primera vez, en el año de 1921, una oficina específica de propagandas y de educación higiénica. En 1973 se promulga un nuevo código Sanitario, donde se establece la fundamentación jurídica que en materia de educación tiene la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el territorio Nacional (11).

La relación médico – enfermo constituye para la Medicina el elemento alrededor del cual se establece a la práctica asistencial, encontrándose implicada la situación pedagógica realizada por el maestro, ya que el médico tiene entre sus objetivos enseñar a sus enfermos a vivir, utilizando el modelo guía – corporación además dicha relación constando dos instrumentos básicos como son el encuentro y la comunicación (12) (13).

En Medicina Familiar, la comunicación entre el médico y el paciente tienen algunas características especialmente importantes, ya que tiene lugar entre un médico y un paciente que se conocen mutuamente, han compartido experiencias previas y tienen otras relaciones en común, por ejemplo con otros miembros de la familia. Muy frecuentemente la comunicación se mantiene a lo largo de períodos de tiempo prolongados y en los distintos ambientes de la consulta, el domicilio y el hospital. Así pues, es importante comprender la forma en que el contexto influye y aumenta la comunicación (14).

Un simple comentario del Médico Familiar o emplear algunos minutos durante alguna visita iniciada por determinado problema puede

llegar a pagar importantes dividendos. Este concepto no es nuevo, ya que ha sido establecido en las practicas de atención infantil, pudiéndose aplicar a individuos de cualquier edad. (15).

Además de alertar a los pacientes acerca de los hechos que se sabe que tiene ciertas posibilidades de ocurrir (16).

El 12 de junio de 1997, se llevo acabo, la presentación de las Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por la Secretaria de Salud, destacándose como prioridad dentro del Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Anciano la diabetes mellitus, siendo una de las líneas estratégicas la promoción a la salud, en el rubro de la comunicación educativa. (17). Siendo la contribución del Médico Familiar hacer que la practica medica y la educación medica sean mas adecuadas a las necesidades de la gente. (18).

La diabetes mellitus es un problema de salud que por vez primera se menciona en el papiro de Ebers (aproximadamente 1550 A.C.). El término con el que se denomina actualmente a esta enfermedad se le atribuye a Demetrius de Apamia, derivado de la palabra griega diabenin (pasar a través de.....). Arateus de Capadocia la describe como.

“ Misteriosa... rara enfermedad en humanos.....
en la cual las carnes se funden por la orina.....
los pacientes no paran de beber su vida es corta
y dolorosa... padecen nauseas, inquietud y sed
ardiente, y no tardan mucho tiempo en expirar. “

Galeno consideraba la diabetes como una enfermedad renal; la medicina árabe dio notable importancia al padecimiento, por ejemplo Avicena describió algunas lesiones, como la gangrena; Abs-Al-Latifal – Bagdadi recogió algunas recomendaciones de otros médicos árabes reconociendo la importancia del ejercicio.

Paracelso (1493- 1542) destacó el carácter sistemático de la enfermedad. Posteriormente en 1776 se comprobó que la orina del paciente diabético contenía glucosa , lo que permitió plantear un tratamiento dietético con carácter científico, existiendo el pasar de los años mas contribuciones para el conocimiento de esta enfermedad (19).

La diabetes mellitus aparte de ser un problema médico – social, es también un problema económico no solo para el paciente si no también para la sociedad. Varios estudios han medido y valuado esos costos, en algunos casos por costos directos (cuidados hospitalarios, consultas, fármacos) e indirectamente en costos de perdidas de producción por morbilidad y mortalidad.(20).

1.- Es una enfermedad crónica con altos costos a largo plazo.

2.- Existen perdidas productiva por complicaciones (V.G. retinopatía diabética), provocando retiro prematuro, días perdidos de laborar entre otros problemas. Olsson y Col (1994) mencionan que la perdida productiva resultante por enfermedad fue cerca de 7,000 Dlls por individuo por año, en pacientes menores de 65 años, y en que forma global la perdida productiva fue de 12 billones y 9 billones de dólares para pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2 respectivamente (21)

En el tratamiento del paciente diabético, visto en forma integral, una parte importante está la educación sobre su enfermedad y las complicaciones que esto conlleva, siendo la educación un factor predictivo para el control del padecimiento (22) , incluyendo dentro del equipo para la educación al médico y la enfermera (23),

En ninguna enfermedad depende más de éxito terapéutico de la actitud del paciente, de las relaciones dentro de la familia y la relación con él médico. La compleja naturaleza del tratamiento, la necesidad de una frecuente vigilancia, las restricciones diabéticas y las limitaciones en la actividad tienen un impacto tanto en la vida del individuo como en la de otros miembros de la familia, siendo el Médico Familiar de ayuda comprendiendo sus problemas. (24)

El diagnóstico de diabetes mellitus implica grandes cambios en la vida del paciente. Puede ser necesario modificar la dieta, empezar con un programa de ejercicio, aplicarse insulina o tomar medicamentos, vigilar las concentraciones de glucosa y aprender a manejar las reacciones de insulina. Con práctica y guía, muchos pacientes aprenden eventualmente a manejar la dieta, el ejercicio, las concentraciones de glucosas y la administración de insulina confiablemente y con bastante independencia (25).

El plan actual de control de la diabetes millitus menciona los siguientes aspectos (26) (27).

- 1.- Objetivos a corto y largo plazo.
- 2.- Los medicamentos que tiene el paciente.
- 3.- Los cambios en el estilo de vida del paciente.
- 4.- La naturaleza de la terapia nutricional.
- 5.- Tener asesoramiento en las siguientes áreas.

- A) El paciente y su familia deben tener acceso a la instrucción sobre el control de la diabetes.
- B) Las mujeres en edad reproductiva necesitan entender la importancia del buen control de la glicemia antes y durante el embarazo.

- C) Los pacientes necesitan saber a quien contactar cuando no puedan hablar de un problema de tratamiento.
- D) Los pacientes deben consultar a otros profesionales de la salud según necesiten, especialmente al pediatra, dietista y al oftalmólogo.

Se requiere de un examen ocular integral anual con dilatación en la pupila en todos los pacientes de mas de doce años de edad que han padecido diabetes mas de cinco años, en todos los pacientes de mas de 30 años y con cualquier problemas visuales.

La American Diabetes Association (ADA) recomienda los siguientes lineamientos para Programas de Autocuidados y Educación en Diabetes (28):

1.- Los Educadores en diabetes deben de tener los medios para desarrollar con calidad los programas educativos de autocuidado, apreciar la calidad de los programas e identificar áreas de su programa que necesiten cambios e improvisar si es necesario.

2.- La población diabética debe contar con los medios para desarrollar la calidad y relacionarla con los servicios que reciben y entender las necesidades de su autocuidado.

3.- Servicios de referencia, aseguradas, empleados, agencias del gobierno y el público en general deben contar con una descripción de la calidad de servicios de Educación en Autocuidado para diabéticos y tener conciencia de la importancia de la comprensión de la educación en autocuidado en diabéticos para el efectivo manejo del trastorno.

4.- La calidad de los programas Educativos de Autocuidado en Diabetes pueden ser medidos en términos de estructura, progresos y resultados cada uno de los componentes incluyen uno o más elementos con estándares específicos, siendo la línea actual como sigue según la ADA:

1.- ESTRUCTURA: La estructura necesaria para proveer calidad de educación en Autocuidado consiste en el recurso humano y recurso materiales. Cada estructura incluye el apoyo y el empeño de la organización, teniendo varios rubros esto siendo los siguientes con la revisión de criterios

a) La organización, patrocinadora debe tener estatutos por escrito que reflejen que la ocupación es un componente importante del cuidado del diabético; para instrucción individual y en grupo, los recursos deben ser adecuados para apoyar los programas ofrecidos y los participantes servidos; las relaciones entre los organizadores, el coordinador de programa, apoyo al comité consultivo deben ser claramente definidas, así como cada coordinador y miembros de apoyo instruccional informar su papel en el programa, enseñarles sus responsabilidades y cantidad de tiempo en el programa.

b) La necesidad de evaluación, ya que la población diabética varia podrá clasificar su área de servicio igualara recursos para las necesidades una vez definida su población, si en la revisión de criterio que la población debe ser uniforme (específicamente en la población de diabetes, edad, lenguaje, tenia y necesidades educacionales).

c) Desarrollo de programa. El desarrollo efectivo es esencial para implantar y mantener un programa sucesivo y asegurar que los recursos sean adecuados para la tarea definidas. Para esto, se hicieron las revisiones siguientes: el Comité Consultivo debe de tener al año por lo menos dos reuniones; los profesionales de la salud deben incluir un medico, una enfermera, un dietista registrado, y cada uno de

ellos debe tener experiencia en diabetes, además se debe contar con un consejero, psicólogo trabajador social y un sociólogo; se debe tener lineamientos por escrito concerniente a las responsabilidades del Comité Consultivos y los instructores deberán programar actividades para conocer las necesidades de programa y de los participantes.

d) Programa de apoyo: Personal calificado es esencial para el desarrollo de programa de cuidado, nombrando un coordinador responsable del programa, así como la planeación, implantación y evaluación, debiendo ser un Educador Certificado.

e) Curriculum: debe tener las siguientes áreas:

a) Generalidades de la diabetes mellitus.

b) Estrés y ajuste psicosocial.

c) Apoyo social y familiar.

d) Nutrición.

e) Ejercicio y actividad.

f) Medicamentos.

g) Monitorización y uso de resultados.

h) Relación existente entre nutrición, medicación y niveles de glucosa sanguíneas.

i) Prevención detección y tratamiento de complicaciones crónicas.

j) Cuidados de pie, piel y dientes.

k) beneficios riesgos y opciones de manejo para el adecuado control metabólico.

l) Control prenatal, embarazo y diabetes gestacional.

m) Uso de sistemas de cuidado de la salud y recursos comunitarios.

Según la revisión de criterios anteriores, se observa que cumple el contenido temático para la población, debiendo ser los materiales educativos apropiados para una mejor comprensión utilizando lenguaje, educando, además de tomar en cuenta la edad, cultura entre otras.

f) Acceso a participantes: Se debe tener una adecuada promoción e información acerca de los programas educativos en diabetes.

2.- PROCESO. El proceso se refiere a los métodos o medidas para un mejor aprovechamiento de los recursos, envolviendo a la integración de una asesoría individual, plan de desarrollo educacional, evaluación, seguimiento, entre otros puntos. Para la experiencia educacional se debe conocer las necesidades de los participantes, además de llevar una educación individualizada, debiendo evaluar al participante antes de proporcionarle los conocimientos, debiendo llevar el seguimiento durante el programa y a finalizar éste, debiendo reportar la participación el instructor con la población a su cargo.

3.- Resultados. El Comité Consultivo evalúa en forma anual los resultados de los programas incluyendo:

a) Objetivos del programa.

b) El curriculum, los métodos instruccionales, materiales educativos y lista de recursos comunitarios.

c) Acceso de participantes y mecanismos de seguimiento

Dentro de los lineamientos anteriores se menciona los cambios de estilo de vida del paciente, entendiendo a este termino como las conductas y los comportamientos que efectúan a la salud siendo de importancia para el paciente diabético el cambio de estilo de vida, orientándolo acerca de programas de ejercicio y el indicarle que abandone el habito por tabaquico. Con respecto a esto, Bourn y Cols. (1994) (29). Estudiaron a 1752 personas, las cuales tenían intolerancia a la glucosa 20 sujetos y 32 con diabetes mellitus tipo 2, a los cuales se les dieron indicaciones dietéticas y un programa de ejercicios, cumpliendo su programa a los 2 años de iniciado, haciendo durante el transcurso del estudio mediciones sanguíneas de hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos, además de mediciones de peso y presión arterial, encontrando que efectivamente el cambio de estilo de vida ayuda al control metabólico, además de que disminuye el riesgo de desarrollar en los pacientes de intolerancia a la glucosa a diabetes mellitus tipo 2.

La alta prevalencia de las patologías crónicas ha puesto de manifiesto que la asociación enfermedad tratamiento médico es totalmente parcial y simplista. Las actividades de auto control de las enfermedades crónicas y el autocuidado en cuanto la elección del estilo de vida condicionada los factores de riesgos ante la salud y la enfermedad, son importantes áreas a potenciar. (30).

El autocuidado engloba todas aquellas actividades de evaluación y de toma de decisiones relacionadas con la salud en el contexto de la vida cotidiana. (31). Este conjunto de actividades son un medio por el cual las personas asumen una mayor responsabilidad en una propia salud, basada en la comprensión global de su significado en su fomento y en las medidas que hay que adoptar cuando se pierde. Parte del proceso de autocuidado es saber reconocer sus limites y cuando es necesario recurrir a los servicios de profesionales adecuados.

Se ha clasificado las diversas conductas individuales para mantener y restablecer la salud, autocuidados rutinarios, preventivos, reactivos, y de recuperación, siendo los tres primeros patrones de conducta originados en el individuo, en cuanto percibe y es consiente de enfermar; los de recuperación, sin embargo, significan la posibilidad de llevar a cabo la, indicación de profesional una vez que se solicita el asesoramiento. De cualquier modo, esta capacidad sigue dependiendo de la aceptación, la motivación previa y los recursos del propio individuo, hecho de que debe ser tenido en cuenta por el profesional sanitario, si desea que su atención sea eficaz.

El ambiente familiar es también determinante en el control de la glicemia como lo muestra Rodríguez – Moran (32), en este estudio se identificaron 56 familiares con información de buena a muy buena, y 26 de mala a no tiene; 57.1% de los primeros y 11.5% de los segundos apoyaban al enfermo. De los familiares con información buena a muy buena, 33.9% el grupo de casos y 23.2% en el de controles apoyan al paciente, mientras que en el grupo con información de la mala a no tiene, 3.8% en el grupo de casos y 7.7% en el de controles otorgan apoyo al enfermo. El 87.5% de los pacientes en el grupo de casos y 30% en los controles considera que el apoyo familiar como muy útil para el control de la enfermedad, mientras que el resto lo perciben como inútil o indiferente, concluyendo este autor de que la información proporcionada a los familiares es determinante para el apoyo para el paciente diabético, requiriendo para del desarrollo de un proceso de educación sobre diabetes dirigido a modificar las actitudes y mejorar las condiciones y habilidades del paciente y su familia.

La conducta ante la enfermedad es un proceso dinámico a través del cual las personas definen sus problemas de salud, luchan con ellos e intentan su adaptación. Este proceso es posteriormente aprendido y condicionado por la situación social y las influencias ambientales. La evaluación por parte del paciente es mucho más que un diagnóstico físico. Es la construcción de la totalidad de acontecimientos determinados por la conducta, que reflejan patrones culturales, de

autoidentificación, las dificultades vitales o las actitudes hacia el valor de la atención hacia la salud.

La tendencia actual de una sociedad altamente medicalizada con una excesiva dependencia de atención profesional, siendo el autocuidado un punto de equilibrio, con una actitud responsable frente a la salud.

En estudio reciente Peyrot y col, definen el "locus de control" como un factor, explicativo en los buenos resultados del control de la enfermedad; ellos estudiaron 165 pacientes que recibieron entrenamiento acerca de la diabetes de 5 días, complementando el entrenamiento con cuestionarios entre los que se incluyeron mediciones para evaluar autocuidado, estado emocional, además de mediciones de glucosa sanguínea, haciendo una evaluación periódicamente el mismo cuestionario a los seis meses y el año indicado el estudio; además otras variables que se estudiaron fueron la edad, sexo, educación tiempo de detecto como diabético, concluyendo que interviniendo en la educación del paciente diabético son una alternativa para el control, además de que el paciente ve los riesgos para problemas de salud consecuentes a su problema metabólico. También concluye que el sentimiento de culpa y falta de aceptación de responsabilidad de la enfermedad se están relacionados con los resultados relativos con el control metabólico. (33).

Litzelman y Cols demuestran que una educación sanitaria dirigida a reformar el autocuidado de los pies disminuyen el riesgo en forma significativa de amputaciones, estudiando el total a 352 pacientes diabéticos tipo 2, los cuales recibieron adiestramiento por doce meses, sobre el cuidado de los pies, disminuyendo la incidencia de amputación en la población estudiada (34).

Raz y Cols en pacientes diabéticos tipo 2, demuestra y concluye que la terapia educacional es un grupo importante para el control de este tipo de pacientes. Estudiaron a un grupo de pacientes

diabéticos, acudiendo a tres sesiones que abarcaron los temas de generalidades de diabetes mellitus, demostraciones de técnicas de autocuidado y en una. Tercera sesión se explico dieta y tipo de ejercicios recomendados para los pacientes diabéticos, haciendo mediciones de glucosa sanguínea, peso, presión arterial, hemoglobina glucosilada y lipoproteinas llevando un año de seguimiento, concluyendo que la terapia grupal de educación en diabetes pueden promover una adecuado control metabólico en diabéticos tipo 2. (35).

II JUSTIFICACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) a llevado acabo en los últimos 25 años un programa de atención oportuna de diabetes mellitus, la mortalidad por diabetes mellitus en México a tenido una tendencia ascendente en el presente siglo, al igual que en la población amparada por el I.M.S.S. (36). En el estudio realizado por Escobedo de la Peña y col. (37) estudiando los registros de egresos hospitalarios por diabetes mellitus del I.M.S.S., en el periodo de 1985 – 1994, se observo un incremento en la incidencia de complicaciones de diabetes mellitus en esa década. La mas frecuente es la nefropatia diabética, seguida por los trastornos de la circulación periférica. La edad tiene un efecto importante en la ocurrencia de complicaciones, siendo la cetoacidosis diabética la complicaciones mas frecuentemente en los primeros años de vida.

La letalidad de diabetes mellitus a disminuido, sobre todo en las complicaciones agudas, concluyendo este estudio en que un adecuado control metabólico es importante y hay que hacer énfasis sobre esto sobre el fin de postergar o evitar su aparición.

En el estado de Michoacán, ocupa el cuarto lugar de demanda consulta y como causa de muerte el décimo lugar, habiendo con un total de pacientes diabéticos registrados en el, ¹ hasta 1996 de 24, 516.

De la población adscrita a médico familiar en el Hospital General Regional con medicina familiar numero 1 de Morelia, Michoacán el paciente diabético ocupa el 3.37% con un total de 4,595 personas las cuales durante el año de 1997 demandaron 33,279 consultas que representan el 21% del total de consultas otorgadas ocupando el octavo lugar como motivo de consulta con una inversión aproximada de

\$5,990,220 pesos en consulta y control de glucosa sanguínea sin considerar a atención a pacientes complicados.

Durante el mismo periodo se registraron 800 internamientos, de los cuales 242 fueron por complicaciones renales, en 482 no se especificaron complicaciones, 74 por complicaciones vasculares periféricas, 17 con alteración oftalmológica, 9 con cetoacidosis y 7 con complicaciones neurológicas. El 58% de los pacientes están entre los 15 y 59 años de edad y en plena etapa de desarrollo y productiva, lo que se refleja también en el impacto que se tiene en el área laboral, familiar, o social.

Por otra parte, ocupó el segundo lugar como causa de defunción con un 37.51%, estando el 35% entre los 30 y 59 años de edad.

III OBJETIVOS

A) OBJETIVO GENERAL.

Valorar el nivel de conocimientos que tienen el paciente diabético acerca de su enfermedad.

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS.

a) Identificar el nivel de información diabetológica de los usuarios diabéticos.

b) Identificar los aspectos de mayor desconocimiento acerca de su enfermedad.

IV MATERIAL Y METODOS:

Se encuestaron cuatrocientos cincuenta usuarios diabético tipo 2 seleccionando al azar, adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar numero uno del Instituto del Seguro Social de la ciudad de Morelia, Michoacán, durante el periodo comprendido del primero de diciembre de 1998 al veinte nueve de diciembre de 1998, realizándose encuesta directa probada anteriormente prueba piloto. Dicha encuesta consta de dichos datos generales del usuario, así como 23 preguntas asociadas a conocimientos de Diabetes Mellitus, agrupándolas en los rubros de información básica, conocimientos de hábitos higiénico diabéticos, prevención de complicaciones y cuidado de los pies.

Las preguntas no relacionadas con aspectos cognitivos sobre diabetes fueron: acudieron a sesiones educativas en diabetes, si han recibido información por su Medico Familiar y la vía diagnostica del problema metabólico.

Se valoro el nivel de conocimientos como bajo nivel si se acertó menos de doce preguntas, regular nivel de doce a dieciocho aciertos y buen nivel de dieciocho a veintitrés aciertos.

V RESULTADOS

De los 450 diabéticos encuestados el rango de edad es de 30 a 80 años de edad, edad que se considera etapa productiva, representando el 61% sin poder precisar cuantos están laborando actualmente; del total encuestados el 33% son hombres y el 67 mujeres. (Cuadro 1 y 2).

En relación a la escolaridad encontramos el 32% con primaria incompleta, el 28% analfabetas, el 7% secundaria, el 5% preparatoria y estudios profesionales. (Cuadro 3).

La vía diagnóstica por la que el usuario se dio cuenta que es diabético, el 15% de detecto en Medicina Preventiva y se hizo diagnóstico por el Médico Familiar. El 41% por presentar sintomatología sugestiva, el 30% por otro motivo de consulta y el 14% con médico a nivel particular o en otra institución de salud (Cuadro 4).

En nivel de conocimientos se distribuyó como sigue:
Nivel bajo el 39% , regular el 48%, y bueno solo el 13%. (Cuadro 5)

En el rubro de conocimientos de información básica para el diabético encontramos que el 66% saben que la diabetes mellitus tienen tendencia hereditaria; el 13% que es enfermedad incurable; el 36% conoce cual es la cantidad normal de glucosa sanguínea; el 21% como actúa el medicamento; el 36% como identificar datos de hiperglicemia y el 35% que hacer en caso de hipoglicemia (Cuadro 6).

De los conocimientos higiénico dietéticos el 40% conoce por que debe tener un horario par a al alimentación; el 68% que el ejercicio ayuda al control metabólico; el 61% que el tabaquismo aumenta los riesgo de complicaciones y el 80% que llevar acabo la dieta y bajar de peso ayudan a controlar la glicemia. (Cuadro 7).

Con respecto a la prevención de complicaciones y de conocimientos de los órganos que mas se afectan en forma mediata el 67% conoce que el control metabólico previene el riesgo de infecciones y complicaciones, el 61% que el proceso infeccioso no tratado ocasiona descontrol metabólico, el 31% que el riesgo de ceguera aumenta por el inadecuado control de glucosa sanguínea y solo el 28% de los encestados conocen los órganos que se afectan en forma mediata ; el 17% conoce que hacer en caso de sufrir algún tipo de herida y la frecuencia de la revisión oftalmológica. (Cuadro 8).

Sobre el conocimiento de los cuidados de los pies y las características del calzado, solo el 29% sabe cuando realizar la revisión de los pies y el 11% la sensación del hormigueo y alteraciones de la sensibilidad pueden deberse a una neuropatia diabética. (Cuadro 9).

En cuanto a información y capacitación, del total de los usuarios encestados, solo el 39% a recibido información respecto a su padecimiento por parte de su Medico Familiar y el 46% a asistido a platicas para diabéticos organizados por el servicio de Trabajo Social de la consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General Regional numero 1. (Cuadro 10).

De los pacientes que acudieron a platicas tenemos que el 24% tuvieron un bajo nivel de conocimientos. (Cuadro 11).

De los pacientes que recibieron información de su Medico Familiar, el 25% tuvieron un bajo nivel, el 52% un regular nivel Y el 23% un buen nivel de conocimientos (Cuadro 11).

VI DISCUSION

La educación para la salud es uno de los pilares de la medicina preventiva el fenómeno a la salud, siendo a su vez en la Diabetes Mellitus una parte fundamental para la obtención de un mejor control metabólico, lo cual a su vez nos lleva a la prevención de complicaciones agudas o crónicas de esta enfermedad.

En los resultados finales de la presente investigación se encontró que del total de usuarios encuestados un porcentaje significativo se encuentra en etapa productiva, sin precisar que actualmente en etapa productiva, sin precisar que actualmente se encuentra laborado. La mayoría de los pacientes que se integraron al estudio pertenece al sexo femenino, lo cual es usual en la Consulta Externa de concibiendo con el estudio realizado por Cabrera – Pvaral (38), quien encontró un relación mujer / hombre de 1.7 a 1, encontrando nosotros una relación 2 / 1, siendo esto favorecido por factores culturales persistiendo a un en estos momentos una asistencia pobre e irregular por parte del varón.

En relación a la escolaridad encontramos un alto índice de analfabetismo y de primaria incompleta , encontrando asimismo una similitud con el autor anteriormente mencionando, quien reporta que su población estudiada no sobrepaso la escolaridad primaria. (39)

En forma global se encontró que la población estudiada tiene un regular de conocimientos acerca de su enfermedad, sin embargo se encontraron en forma individual aspectos básicos que se desconocen, tales como la diabetes mellitus es una enfermedad incurable, la cantidad norma de glucosa sanguínea, como actúa el fármaco que utiliza y datos de descontrol metabólico como hiperglicemia e hipoglicemia así como la manera de tratar esta complicaciones. Dentro del aspecto de hábitos higiénico – dietéticos el porcentaje que conoce el porque el llevar una alimentación con un horario o regular, contratando con el conocimiento acerca de beneficios proporcionados por el ejercicio, la dieta y el habito

tabaquismo, reconociendo la importancia de los cambios de estilos de vida que debe tener un usuario diabético.

La prevención de complicaciones es también un aspecto importante que el diabético debe conocer, sin embargo, un bajo porcentaje conocen los órganos que se dañan por el descontrol metabólico y el porqué de la ceguera, constatando con el porcentaje que conoce el hecho de que mantener un adecuado control permite prevenir complicaciones e infecciones así como que estas pueden accionar un descontrol metabólico si no se tratan de una forma adecuada oportuna.

El autocuidado como parte integral del control del diabético es un aspecto no bien reconocido por el usuario, ya que con la prevención de pie diabético solo el 42% saben como deben de cortarse las uñas de los pies y las características que deben de tener su calzado y su porcentaje aun mas bajo cuando realizare la revisión de sus pies, encontrando similitud al trabajo reportado por Stanaszek & Mac Donald (40), en el que estudiaron 142 pacientes masculinos, de los cuales el 52% conocen los efectos de no ingerir los alimentos con horario, el 24% los datos de hiperglicemia, el cuidado general de los pies el 44% y únicamente el 13% como cortarse las uñas de los pies.

Contrasta nuestro resultado con el reportado con Campo Ordaz y Cols, en donde encontró que el 79.08% conocen aspectos relacionados con los niveles de glucosa sanguínea, mientras que solo el 37% de nuestra población estudio conoce este aspecto (41)

En cuanto la información proporciona al usuario, se encontró que el 39% ha recibido información por parte de su Médico Familiar y el 46% a asistido a pláticas sobre educación diabetológica organizadas por el servicio de Trabajo Social de la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar numero 1, de estos se observa el 49% tienen un regular nivel de conocimientos y el 27 un buen nivel de conocimientos, llamando la

atención que hay aspectos básicos que se desconoce tales como medidas de autocuidado y aspectos general que el paciente diabético debe conocer, así como órganos que se dañan, (42)

Hawthorne y Tomlinson (43) en 201 pacientes diabéticos asiático – británicos evaluaron sus conocimientos acerca del manejo y complicaciones de la diabetes encontrando que el 57% estaba informando acerca de hábitos alimenticios, el 38% condicen las complicaciones de la diabetes mellitus y el 63% acudan a realizarse en forma regular glicemia de control, interviniendo educacionalmente, aplicándose cuestionario aumentando el porcentaje a 71%, 78% y 92% respectivamente concluyendo que interviniendo educacionalmente en el paciente diabético en los aspectos antes escritos ayudan al mejor manejo del paciente.

Estas cifras revelan lo expuesto anteriormente, y a pesar que se ha tenido una información diabetológica, es un porcentaje significativo el que tiene regular nivel a pesar de haber asistido a sesiones educativas, esperando que su nivel de conocimientos diabetológicos aumente.

VII CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En los resultados finales de observa que:

En forma global, el nivel de conocimientos que tiene la población diabética estudiada es regular, a pesar de que han existido a sesiones educativas en diabetes y han recibido información por el Medico Familiar, además de que existen aspectos de conocimientos básicos, de medidas higiénico – diabéticas, prevención de complicaciones y medidas de autocuidado que no se conocen en forma adecuada.

Por lo anterior, el enlace de la educación en diabetes es importante, ya que la espera de la vida aumenta, y con esta presencia de enfermedades crónico – degenerativas complicaciones, debiendo esto conocerlo el paciente diabético, además de prevenir las complicaciones y no convertir esto en un problema de por si importante en nuestros tiempos en el aspecto medico – social –económico a alarmante en el futuro.

VIII SUGERENCIAS

- 1.- Integran un grupo específico de educadores en diabetes.
- 2.- estructurar el programa de CAPACITACION del usuario diabético con las características que requiere un Programa de educación para diabéticos y llevar seguimiento para retroevaluacion del mismo.
- 3.- Realizar estudio de necesidad educativa del usuario diabético

• **BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- **SAN MARTIN,H. La noción de salud y la noción de enfermedad.En : Tratado General de la Salud.La -- Prensa Médica Mexicana. 1992 : 3 – 13.**
- 2.- **OTTAWA CHARTER for health promotion. Health promot 1986 ;1:III – V.**
- 3.- **SAN MARTIN,H. La calidad de vida y el bienestar social. En : Tratado General de la Salud. La Prensa – Médica Mexicana. 1992 : 46 – 53.**
- 4.- **SAN MARTIN,H. El método epidemiológico en las enfermedades no infecciosas. En : Tratado General de la Salud. La Prensa Médica Mexicana. 1992:178 – 208.**
- 5.- **CAVAZOS-ORTEGA N, DEL RIO A, IZAZOLA A et al. Años de Vida Potencialmente Perdidos: su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud – Publica Mex. 1989;31: 610- 624.**
- 6.- **SAN MARTIN,H. Op. Cit pag. 78.**
- 7.- **SAN MARTIN,H. Op. Cit. Pag 178.**
- 8.- **SAN MARTIN.H. Educación para la salud cómo instrumento eficaz para la prevención y la participación. En : Tratado General de la Salud. La Prensa Médica - Mexicana. México.1992: 597.**
- 9.- **SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTEN – CIA. Manual de normas de educación para la salud. 1980.pag: 78**
- 10.- **SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Op. Cit. Pag: 80.**

- 11.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA .
Op. Cit. 83
- 12.- IGLESIAS,L. Antropología Médica.Ed. Tiempo y --
Obra.México.1996: 269 – 290.
- 13.- MCWHINNEY,IR. Comunicación médico paciente .
En : Medicina de Familia.Ed. Mosby/Doyma.Madrid.
1995:89 – 113.
- 14.- MCWHINEY,IR. Op. Cit.
- 15.- SHIRES,DB, HENEN BK. El ciclo vital de la familia.
En : Medicina Familiar. Guía práctica. McGraw-Hill.
México.1980: 28 – 34.
- 16.- SHIRES,DB,HENEN BK. Op. Cit. Pag : 32.
- 17.- Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades.Boletín Médico Familiar.UNAM.1997;4(5):1-3.
- 18.- Contribución del Médico de Familia.Boletín Médico Familiar.1996;4(1) : 1 – 3.
- 19.- FIGUEROLA D, REYNALDS E. Diabetes mellitus.
En : Farreras – Rozman (eds).Medicina Interna.Ed.
Mosby. Madrid. 1995: 1933 – 34.
- 20.- LEESE B. The costs of diabetes and its complications.Soc Sci Med 35 : 1303 – 1310.1992.
- 21.- OLSSON J,PERSON U, TOLLIN C, et al.Comparison of excess costs of care and production losses because of morbidity in diabetic patients.Diabetes Care.1994;17:1257 – 1263.
- 22.- O CONNOR PJ, CRABTREE BF,ABOURIRISK – NN. Longitudinal study of the diabetes education and Care intervention:predictors of improved glicemic - Control .J Am Board Fam Pract 1992;5:318 – 387.
- 23.- CAMPO JM, VARGAS ME, MARTINEZ T CIA P. Valoración del nivel de conocimientos sobre su enfermedad en una población diabética hospitalaria.Aten Primaria 1995; 16 : 623 – 627.
- 24.- MCWHINEY IR.Op Cit. Pag 316.
- 25.- HILL H, POIRIER L, Ayudando a los pacientes a – manejar su diabetes. Atención Médica 1995;8:29 – 43.

- 26.- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1994;17 : 616 – 623.
- 27.- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 21(suppl. 1):23 – 31.
- 28.- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. National standards for diabetes self-manegement education programs and American Diabetes Association review criteria. *Diabetes Care* 21(supp 1):S95-S98.
- 29.- BOURN D, MANN J, McSKIMING B, et al. Impaired glucose tolerance an NIDDM: Does a lifestyle intervention program have an efect?. *Diabetes Care* 1994;17: -- 1311 – 1319.
- 30.- LLAUGER MA, CONTIJOCH C. Autocuidado y atención primaria. *Atenc Primaria* 1997;19:267 – 270.
- 31.- NUTBEAM D. Glosario de promoción de la salud. *Salud entre todos* 1986 (suppl 12) : 6.
- 32.- RODRIGUEZ-MORAN M, GUERRERO-ROMERO – JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la Glicemia. *Salud Pública Mex* 1997;39:44-47.
- 33.- PEYROT M, RUBIN RR. Structure and cortrelates of diabetes-specific locus of control. *Diabetes Care* 1994; 17: 994-1001.
- 34.- LITEZELMAN DK, SLEMENDA CW, LANGEFELD CD et al. Reduction of lower extremity clinical abnor – Malities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1993;119: 36-41
- 35.- RAZI I, SOSKOLNE V, STEIN P. Influence of small – group education sesions on gluicose homeostasis in NIDDM. *Diabtes Care*. 1988;11: 67 – 71.
- 36.- RICO B, ARRIAGA ME, GOMEZ JG et al. Prevalencia de diabetes mellitus y eficiencia diagnóstica del programa de detección oportuna en una Unidad de Medicina Familiar. *Rev Med. IMSS* 1995;33: 299- 305.
- 37.- ESCOBEDO DE LA PEÑA J, RICO B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. 1996;38:236 – 241.

- 38.- CABRERA-PIVARAL CE,NOVOA MENCHACA A**
Knowledge,attitudes and dietary practices in patient
With diabetes mellitus type II.Salud Publica Méx –
1991;33(2):166-172.
- 39.- CABRERA-PIVARAL CE,NOVOA MENCHACA A.**
Op Cit.
- 40.- STANASZEK WF, McDONALD OW. Self-care ha –**
bits and disease state understanding of diabetic pa ----
tients.Am J Hosp Pharm 1981;38:1337 – 1339.
- 41.- CAMPO-ORDAZ JM,VARGAS ME,MARTINEZ T .**
et al. Valoración del nivel de conocimientos sobre su
enfermedad en una población diabética hospitalaria.
Atencion Primaria.1995;16:623 – 627.
- 42.- HAWTHORNE K, TOMLINSON S.One-to one tea –**
ching with pictures-flashcard health education for –
British Asians with diabetes.Br J Gen Pract 1997;47:
301- 304.

CUADRO I

DIABETICOS ENCUESTADOS POR GRUPOS DE EDAD

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD	TOTAL	
	OBSOLUTO	PORCENTAJE
30-34	7	2
35-39	6	1
40-44	27	6
45-49	36	8
50-54	53	12
55-59	67	15
60-64	80	18
65-69	64	14
70-74	59	13
75-79	34	8
80 Y +	17	4
TOTAL	450	100

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO. CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NUMERO 1
 PERIODO: 1 DE DICIEMBRE 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 2
PACIENTES DIABETICOS ENCUESTADOS POR SEXO

SEXO	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE
MASCULINO	145	33%
FEMENINO	305	67%
TOTAL	450	100%

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR HCRMF No. 1 MORELIA
PERIODO: 1° DICIEMBRE - 29 DICIEMBRE DE 1998

**CUADRO 3
ESCOLARIDAD DE USUARIOS DIABETICOS ENCUESTADOS**

ESCOLARIDAD	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE
ANALFABETA	125	28%
PRIMARIA INCOMPLETA	144	32%
PRIMARIA COMPLETA	103	23%
SECUNDARIA	32	7%
BACHILLERATO	23	5%
PROFESIONAL	23	5%
TOTAL	450	100%

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL COON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1.
MORELIA

PERIODO: 1 DE DICIEMBRE - 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 4
VIA DIAGNOSTICA

VIA DIAGNOSTICA	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE
DETECCION POR MEDICINA PREVENTIVA	66	15%
DIAGNOSTICO POR MEDICO FAMILIAR	185	41%
DIAGNOSTICO POR OTRO MOTIVO DE CONSULTA	135	30%
DIAGNOSTICO POR MEDICO PARTICULAR O OTRA INSTITUCION	64	14%
TOTAL	450	100%

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL GENERAL REGIONAL COON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1. MORELIA

PERIODO: 1 DE DICIEMBRE - 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 5
NIVEL DE CONOCIMIENTOS GLOBAL

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE
BAJO	174	39%
REGULAR	215	48%
BUENO	61	13%
TOTAL	450	100%

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL COON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1.
MORELIA

PERIODO: 1 DE DICIEMBRE - 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 6

CONOCIMIENTOS DE INFORMACION BASICA GENERAL

CONOCEN	SI		NO		TOTAL
	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	
QUE LA DIABETES MELLITUS TIENE TENDENCIA HEREDITARIA	283	63%	167	37%	450
QUE LA DIABETES MELLITUS NO ES CURABLE SOLO CONTROLABLE	57	13%	393	87%	450
CUAL ES LA CANTIDAD NORMAL DE GLUCOSA EN SANGRE	160	37%	290	64%	450
COMO ACTUA EL MEDICAMENTO	93	21%	357	79%	450
COMO IDENTIFICAR DATOS DE HIPERGLICEMIA	164	36%	286	64%	450
COMO IDENTIFICAR DATOS DE HIPOGLICEMIA	130	29%	320	71%	450
QUE HACER EN CASO DE HIPERGLICEMIA	236	53%	214	47%	450
QUE HACER EN CASO DE HIPOGLICEMIA	161	35%	289	65%	450

FUENTE: ENCUESTA AL USUARIO CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR. HGRMF 1
PERIODO: 1° DE DICIEMBRE DE 1998 AL 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 7

CONOCIMIENTOS SOBRE HABITOS HIGIENICOS DIETETICOS

CONOCEN	SI		NO		TOTAL
	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	
PORQUE DEBEN DE TENER UN HORARIO PARA SU ALIMENTACION	182	40%	268	60%	450
QUE EL EJERCICIO AYUDA AL CONTROL METABOLICO.	305	68%	145	32%	450
QUE EL TABAQUISMO AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIONES.	274	61%	176	39%	450
QUE EL BAJAR DE PESO Y CUMPLIR CON LA DIETA AYUDA AL CONTROL METABOLICO	361	80%	89	20%	450

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR. HGRMF 1
 PERIODO: 1° DE DICIEMBRE DE 1998 - 29 DE DICIEMBRE 1998

CUADRO 8
CONOCIMIENTOS DE CÓMO EVITAR COMPLICACIONES

CONOCEN	SI		NO		TOTAL
	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	
QUE EL CONTROL METABOLICO PREVIENE EL RIESGO DE INFECCIONES Y COMPLICACIONES.	299	67%	151	33%	450
QUE EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE INFECCIONES EVITA EL DESCONTROL METABOLICO	275	61%	175	39%	450
QUE EL RIESGO DE CEGUERA AUMENTA POR EL DESCONTROL METABOLICO.	141	31%	309	69%	450
CUALES SON LOS ORGANOS DE MAYOR AFECCION POR LA DIABETES MELLITUS.	126	28%	324	72%	450
CONOCEN QUE HACER EN CASO DE HERIDAS.	75	17%	375	83%	450
LA FRECUENCIA DE REVISION OFTALMOLOGICA	76	17%	374	83%	450

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR. HGRMF 1
 PERIODO: 1° DE DICIEMBRE DE 1998 AL 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 9
**CONOCIMIENTOS SOBRE
 CUIDADOS DE LOS PIES**

CONOCEN	SI		NO		TOTAL
	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE	No. ABSOLUTO
COMO CARTAR LAS UÑAS	187	42.0%	263	58.4%	450
EL USO DE DE CALZADO ADECUADO	187	42.0%	263	58.4%	450
COMO Y CUANDO HACER LA REVISION DE PIES	132	29.0%	318	71.7%	450
SABE IDENTIFICAR SIGNOS DE NEUROPATIA	51	11.0%	399	89.0%	450

FUENTE: ENCUESTA AL USUARIO CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR. HGRMF 1
 PERIODO: 1° DE DICIEMBRE - 29 DICIEMBRE DE 1998
 ENCUESTA DIARIA DEL 1° DE DICIEMBRE DE 1998 AL 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 10
 INFORMACION DIABETOLOGICA PROPORCIONADA.

INFORMACION POR	SI	%	NO	%	TOTAL
MEDICO FAMILIAR	176	39%	274	61%	450
SESIONES DE EDUCACION	206	46+%	174	54%	450

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL COON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1.
 MORELIA

PERIODO: 1 DE DICIEMBRE - 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 11
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENCESTADOS QUE ACUDIERON A SESIONES EDUCATIVAS

NIVEL DE CONOCIMIENTO	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE
BAJO	49	24%
REGULAR	402	49%
BUENO	55	27%
TOTAL	206	

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL COON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1.
MORELIA

PERIODO: 1 DE DICIEMBRE - 29 DE DICIEMBRE DE 1998

CUADRO 12

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENCESTADOS QUE RECIBEN IFORMACION POR SU MEDICO FAMILIAR

NIVEL DE CONOCIMIENTO	No. ABSOLUTO	PORCENTAJE
BAJO	44	25%
REGULAR	92	52%
BUENO	40	23%
TOTAL	176	

FUENTE: ENCUESTA A USUARIO, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL COON MEDICINA FAMILIAR NUM. 1.
MORELIA

PERIODO: 1 DE DICIEMBRE - 29 DE DICIEMBRE DE 1998

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCUIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE DIABETES MELLITUS.**

- a) NOMBRE: _____ AFILIACION _____
- b) SEXO () M () F c) EDAD _____ d) ESCOLARIDAD _____
- e) PERTENECE A UN GRUPO DE DIABETICOS () SI () NO CONSULTORIO _____
- g) TIEMPO DETECTADO COMO DIABETICO _____
- h) MEDICAMENTOS CON LOS QUE SE CONTROLA _____
- i) DOSIS DE MEDICAMENTO _____ j) ULTIMA GLICEMIA _____
- k) OTROS PADECIMIENTOS A LA DIABETES MELLITUS:

() HIPERTENCION () COLESTEROL () OTROS _____

1.- COMO SUPO QUE ERA DIABETICO.

- a) Por detección b) Por su Medico Familiar le hizo el diagnostico.
c) Por otro motivo de consulta.

2.- Le han explicado como actúa el medicamento para bajar el azúcar en la sangre.

- a) Si () b) No ()

3.- Sus medicamentos los toma de acuerdo como lo indica su Medico Familiar.

- a) Sí () b) No () c) No se.

4.- La cantidad normal de azúcar es de:

a) menos de 40 mg/dl

b) Más de 80 mg/dl

c) 60 mg/dl

d) entre 60 y 140 mg/dl

5.- La diabetes Mellitus es una enfermedad que se caracteriza por tener alta la azúcar en la sangre.

a) Si ()

b) No ()

6.- La Diabetes Mellitus es una enfermedad curable.

a) Si ()

b) No ()

7.- La Diabetes Mellitus se puede transmitir de padres a hijos.

a) Si ()

b) No ()

8.- El controlar el azúcar en el sangre a niveles casi normales evita el riesgo de infecciones o complicaciones.

a) Si ()

b) No ()

9.- Una infección no tratada puede ocasionar descontrol de azúcar en la sangre.

a) Si ()

b) No ()

10.- Si después de que se cortara, o lesionara la piel, debe de automedicarse.

a) Si ()

b) No ()

11.- El bajar de peso y cumplir con la dieta, le ayudan a controlar el azúcar.

a) Si ()

b) No ()

12.- El hábito de fumar pueden aumentar el riesgo de complicaciones.

- a) Si () b) No ()

13.- El realizar ejercicio aparte del quehacer o el trabajo le ayuda a controlar el azúcar.

- a) Si () b) No ()

14.- El riesgo de ceguera aumenta por que.

- a) falta de control de azúcar en la sangre b) Insulina b) Azúcar baja.

15.- Cada cuando debe de acudir al oculista.

- a) Casa semana b) Cada año c) Cada mes.

16.- Que partes de su cuerpo se afecta si no se controla el azúcar en la sangre.

- a) _____ b) _____ c) _____

17.- Cuando sube el azúcar en la sangre pueden tener las siguientes molestias.

- a) Hambre exagerada, mucha sed, orinar mucho.
b) Enrojecimiento de la piel, ardor al orinar, comezón.

18.- En caso de que se suba el azúcar en la sangre , debe de tomar alimentos azucarados.

- a) Si () b) No ()

19.- Cuando le baja el azúcar puede tener los siguientes molestias.

- a) Ardor al orinar, nerviosismo, orinar con frecuencia.
b) Hambre, Nerviosismo, sudoracion, abundante, fatiga.
c) Pulso bajo, fiebre, dolor articular

20.-En caso de que baje el azúcar en la sangre debe:

- a) Tomar su medicamento para la diabetes.
- b) Tomar alimento azucarado.
- c) Automedicarse.

21.-El no comer a sus horas, puede ocasionar.

- a) aumento en la azúcar en la sangre.
- b) Baja de azúcar en la sangre.
- c) Aumenta el colesterol.

22.- La revisión de los pies debe realizar.

- a) Cada mes
- b) Cada semana
- c) Diario.

23.- El corte de las uñas de lo pies, se debe realizar con tijera y en forma cuadrada.

- a) Si ()
- b) No ()

24.- El uso del zapato cómodo, holgado, disminución o ausencia de la sensibilidad son debidas a que se lesiona.

- a) Si ()
- b) No ()

25.- Las alteraciones como hormigueos, disminución o ausencia de la sensibilidad son debidas a que se lesiona

- A) Vaso sanguíneo
- b) Nervio
- c) Corazón

26.- La presión alta se asocia con la diabetes Mellitus.

- a) Si ()
- b) No ()

27.- Ha recibido información clara de su alteración por su Medico Familiar.

- a) Si () b) No ()

28.- Ha asistido a sesiones educativas en diabetes.

- a) Si () b) No ()

29.- Donde las ha recibido.

- a) I.M.S.S.
- b) I.S.S.S.T.E.
- c) SALUBRIDAD
- d) EN FORMA PARTICULAR.

Morelia, Michoacan a _____ de _____ de 199_____.