

16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FALTA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON RECIENTE DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTAN: KARINA BARRAGAN OCAÑA NATIVIDAD MARIANO SANCHEZ

1

2

[Firma]

285874

DIRECTORA DE TESIS: MAESTRA MA. CRISTINA MÜGGENBURG R. V. ASESOR CLINICO MTRA. EVANGELINA GONZALEZ FIGUEROA



MEXICO, D. F.

2000

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Coordinación de Servicios Sociales



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

TESIS GRUPAL

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FALTA DE AUTOCUIDADO
DEL PACIENTE CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N

**KARINA BARRAGÁN OCAÑA
NATIVIDAD MARIANO SÁNCHEZ**

**DIRECTORA DE TRABAJO
MTRA. MA. CRISTINA MÜGGENBURG R.V.**

**ASESOR CLÍNICO
MTRA. EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA**

MÉXICO, D.F.

2000

AGRADECIMIENTOS

Dios mío, gracias por ser nuestro punto de partida,
guía y mostramos siempre el camino, en los
momentos más difíciles, tristes y felices de
nuestras vidas, ya que sin tu amor y ayuda
nunca hubiéramos alcanzado la meta.

KARINA Y NATIVIDAD

A MIS PADRES

ALFREDO Y MARIA ELENA

Por su amor, protección, dedicación, confianza,
esfuerzo y entusiasmo, por ser mi gran inspiración
y admiración, para que este sueño se vea ahora
culminado.

A MI TIA JULIETA SÁNCHEZ

Por estar siempre a mi lado y ofrecerme su aliento
y apoyo, el que correspondo con todo mi cariño.

A MIS HERMANOS

ALFREDO Y CINTHYA

Por su comprensión y cariño recibido en cada
instante de mi vida.

A ALEJANDRO GARCÍA

Por brindarme su apoyo, además de ser el amigo
más leal que cabe imaginar.

KARINA

A MI MADRE

FRANCISCA SÁNCHEZ

Por darme la vida y con ella la oportunidad de
realizar el sueño más grande.

A MIS HERMANOS

MODE, JUVE, SABI, AMALIA y MARTHA

Por su esfuerzo, apoyo y confianza.

A MI PADRE

PABLO MARIANO y a todas aquellas personas
que de alguna manera contribuyeron a mi
formación profesional y personal.

NATIVIDAD

**DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA,
MTRA. CRISTINA MÜGGENBURG R.V. Y
MTRA. EVENGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA**

Por creer desde el primer momento en nosotras y en nuestro trabajo. No podríamos haber contado con personas más competentes para guiarnos a través de los momentos creativos.

No tiene límites nuestra gratitud hacia los pacientes que conforman el "Club de Diabetes", amigos y otras personas que nos brindaron su incentivo y bondad.

KARINA Y NATIVIDAD

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2

II. MARCO REFERENCIAL

1.- Diabetes mellitus

3

1.1. Concepto

1.2. Clasificación

1.3. Factores de riesgo

1.4. Epidemiología

1.5. Fisiopatología

1.6. Criterios de diagnóstico

1.7. Tratamiento

1.8. Complicaciones

2.- Autocuidado

13

2.1. Concepto

2.2. Teoría del autocuidado: Orem

2.3. La enfermería como promotora de la salud

2.4. La percepción del autocuidado del paciente diabético

2.5. La enfermería como promotora de la salud

2.6. Educación del paciente diabético

III. JUSTIFICACIÓN

21

IV. OBJETIVOS

22

V. METODOLOGÍA

23

5.1. Universo de Trabajo

5.2. Tiempo de estudio

5.3. Población de estudio

5.4. Tipo de estudio

5.5. Tipo y tamaño de la muestra

5.6. Criterios de Inclusión, Exclusión y No inclusión

5.7. Recolección de datos

5.8. Procesamiento de datos

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que se ha incrementado considerablemente a tal grado que actualmente se estima la existencia de 4 millones de personas afectadas en México y 135 millones a escala mundial. Por lo consiguiente la diabetes se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a gran parte de la población en nuestro país.

En los últimos años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha mostrado mayor interés en incrementar el desarrollo de actividades para el control de enfermedades crónicas, entre las cuales se encuentra la diabetes.

Por tal motivo, con la realización de este estudio se pretende conocer aquellos factores que intervienen en la falta de autocuidado del paciente con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, así como también saber que factores impulsan la continuación del tratamiento terapéutico, con la finalidad de que el personal de enfermería formule estrategias educativas encaminadas a aumentar el conocimiento mejorando así la práctica dietética, la actividad física, y la prevención de complicaciones a corto y largo plazo; con el fin de lograr un mejor autocuidado y por ende un adecuado control metabólico en el paciente diabético.

El presente documento está integrado por un marco teórico que sustenta el planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología, definición y operacionalización de variables, así como los hallazgos encontrados, discusión, conclusiones, propuesta y bibliografía.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el problema de la diabetes tiene gran relevancia debido a que han aumentado considerablemente el número de personas afectadas por esta enfermedad.

De hecho se ha encontrado que las complicaciones más frecuentes debidas a esta patología, han sido las enfermedades de tipo renal, siguiendo en orden descendente las de tipo circulatorio, neurológicas y las oftalmológicas de acuerdo a estudios realizados en población derechohabiente del IMSS.

Lo que nos hace suponer que parte del problema es que el paciente no lleva a cabo un buen control de su enfermedad, a través del autocuidado y no realiza las actividades necesarias para ello.

Por todo lo anterior surge el siguiente planteamiento:

¿Qué factores intervienen en la falta de autocuidado del paciente con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?

1.3. FACTORES DE RIESGO⁴

- Obesidad (más de un 120% de peso corporal o IMC mayor de 27)
- Personas mayores de 45 años
- Antecedentes de familiares diabéticos
- Hipertensión arterial (mayor a 140/90 mmHg)
- Colesterol HDL mayor o igual 35 mg/dl
- Triglicéridos de 250mg/dl ó más
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Parto con producto macrosómico (4100 grs. ó más)
- Intolerancia a la glucosa
- Sedentarismo
- Tabaquismo

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

A escala mundial se considera que existen 135 millones de personas diabéticas; de las cuales el 25% corresponde a los países occidentales. Se calcula que para el año 2000 aumentará a 45 millones el número de personas que padecerán esta enfermedad.

De acuerdo a los estudios realizados, se tiene previsto que dentro de 25 años el número de casos en el ámbito mundial aumentará a 300 millones con una distribución del 40% en los países desarrollados y el 70% en los países subdesarrollados.⁵

México, ocupa el 9º lugar en el ámbito mundial con 3.8 millones de personas afectadas. ⁶ En 1993, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), se detectó una prevalencia nacional de 7.2%; en la zona norte de 9%, zona centro 6.9%, zona sur 6.6% y en la Ciudad de México de 6.4%.

El número de afectados en nuestro país por esta enfermedad es de 3.5 a 4 millones, al realizarse la comparación entre las edades de los enfermos se encontró que la prevalencia es menor cuando más joven se es, en personas menores de 25 años la prevalencia observada es de 0.6%, de 7% en el grupo de 40 a 44 años, de 19% en sujetos de 60 a 64 años y de 22% en individuos de 64 a 69 años.

⁴ Salvador López. *Op Cit* p.282.

⁵ Salvador López . *Op Cit* p.281.

⁶ Dirección General de Epidemiología, SSA. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993.

La prevalencia en la población de 20 a 69 años de diabetes es de 6.7%, en individuos de 40 a 69 años es de 13.8% y de 17.9% en individuos de 50 a 69 años.

La tasa anual de mortalidad en nuestro país, ha ido en aumento de forma tal que en 1950 se presentaron 3 millones por 100 000 habitantes, para 1960 fueron 8 millones, en 1970 fueron 18 en 100 000 habitantes, en 1980 21 por 100 000 habitantes y para 1990 se presentaron 32 muertes en 100 000 habitantes.

1.5. FISIOPATOLOGÍA

En la diabetes mellitus tipo 2 se muestran dos efectos fisiológicos: anomalías en la secreción de insulina y resistencia a la acción de insulina en los tejidos efectores.

Desde el punto de vista descriptivos se reconocen tres fases en la secuencia clínica habitual. En la primera, la glucosa plasmática permanece normal a pesar de una resistencia demostrada a la insulina, porque la concentración plasmática de insulina se encuentra elevada.

En la segunda fase la resistencia a la insulina tiende a agravarse, de manera que a pesar de la elevación en la concentración de insulina, la intolerancia a la glucosa se manifiesta postprandial.

En la tercera fase la resistencia a la insulina no se modifica, pero se reduce su secreción lo que provoca hiperglucemia durante el ayuno y diabetes franca.⁷

1.6. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

1. Síntomas de diabetes: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una cifra casual de glucosa plasmática mayor a 200 mg/dl. (Está última se obtiene sin tomar en cuenta la ingesta de la comida anterior).
2. Una concentración de glucosa plasmática en ayuno mayor de 126 mg/dl, para considerar este criterio es necesario que el paciente no haya comido por lo menos en 8 horas previas.
3. El valor de la glucosa plasmática en la prueba de tolerancia es mayor a 200 mg/dl donde se ha utilizado una carga previa de glucosa de 75 grs. sin diluir.⁸

⁷ Harrison y Cols. (1994). *Principios de medicina interna*. Ed. Interamericana. P. 2282.

⁸ Donna Tomky. *Op Cit*. p.11.

1.7. TRATAMIENTO

Farmacológico

El uso de insulina puede restaurar la glucemia a cifras cercanas a las normales, ya que produce la disminución de glucosa en sangre, sin embargo, está no es constante debido a que vuelve a elevarse cuando a pasado el tiempo y se ingieren nuevamente alimentos.

Por otra parte, los hipoglucemiantes orales son indicados en pacientes que presentan una disminución en la producción de insulina por parte de las células del páncreas o cuando la calidad de la insulina es deficiente.⁹

Dietoterapia

La alimentación adecuada es fundamental en el tratamiento de la diabetes de cualquier tipo, la dieta excesiva en compuestos energéticos promueve la hiperglucemia, el sobre peso y aumenta los requerimientos.

Una recomendación general es la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; por el contrario, debe estimuiarse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrientes antioxidantes y fibra.¹⁰

Los objetivos de la dieta son:

- Mantener los niveles de glucemia cerca de las cifras normales.
- Alcanzar concentraciones normales de colesterol sérico.
- Permitir un peso ideal.
- Promover la salud en general y la buena calidad de vida.

La finalidad principal del adiestramiento en el automanejo de la nutrición es que las personas con diabetes sean capaces de realizar cambios en sus hábitos de alimentación de tal manera que puedan mejorar su nutrición reduciendo los factores de riesgo de la diabetes a largo plazo. Es importante resaltar que los miembros de la familia del diabético deberán ser una parte integral del programa de educación y de está forma estimularlos para seguir las mismas recomendaciones de estilo de vida.

⁹Halabe J. (1997). El internista. Medicina interna para internistas. Ed. Mc Graw Hill. México. p.52.

¹⁰ Selecciones del Reader's Digest.(1982). El Gran libro de la salud. México. p. 456.

Actividad física

La actividad física es un elemento esencial en el manejo del paciente con diabetes mellitus, en virtud de su reconocido efecto reductor de los niveles de glucosa sanguínea y de los requerimientos de insulina, ya que durante la actividad muscular se incrementa el consumo de oxígeno y se activan diversos órganos y sistemas que permiten el transporte de oxígeno del medio ambiente hasta los músculos en ejercicio. Para que esto se lleve a cabo eficientemente se requiere de la integridad anatómica y funcional del aparato respiratorio, cardiovascular y muscular.

Esto no quiere decir que la actividad física por sí sola sea capaz de mejorar el control del diabético si no que es complemento de la dieta y de la terapéutica con hipoglucemiantes orales o insulina.

El ejercicio solo estará contraindicado cuando los niveles de glucemia superen los 250 mg/dl, ya que el ejercicio provoca un aumento de la glucosa y por consiguiente un aumento en la producción de cuerpos cetónicos, conforme la producción hepática de glucosa se hace desproporcionadamente mayor que el consumo de insulina.

La prescripción de ejercicio deberá incluir cinco componentes: intensidad, duración, frecuencia, modalidad y progresión

- **Intensidad:** Es el vigor con el cuál se realiza una actividad, se expresa en la frecuencia cardiaca.
- **Duración:** Guarda relación inversa con la intensidad, a mayor intensidad menor duración (10 min. como mínimo y 30 como máximo cuando el trabajo es continuo).
- **Frecuencia:** Es el número de sesiones por semana. Para que haya una modificación favorable en el rendimiento físico debe efectuarse de 3 a 4 veces por semana y si se requiere reducir de peso hasta 5 o 6 veces a la semana.
- **Modalidad:** Es el tipo de actividad física que se va a realizar, se recomienda la de tipo aeróbico ya que utiliza a grandes grupos musculares y puede ser de baja o mediana intensidad y con duración prolongada. (p. ejem. trote, carrera, bicicleta, natación, baile; etc.).
- **Progresión:** Denota la evolución del proceso de entrenamiento dividiéndose en 3 niveles, el nivel 1 de acondicionamiento con duración de 4 a 6 semanas, nivel 2 de mejoría se caracteriza por un incremento gradual en la tolerancia al ejercicio, las modificaciones se harán cada 3 ó 4 semanas esta etapa dura de 4 a 6 meses, nivel 3 de mantenimiento se alcanza después de 6 meses de ejercicio regular.

Las actividades contraindicadas son aquellas en las que la hipoglucemia puede ser una amenaza vital inmediata como el buceo, paracaidismo, escalar en roca y

montañismo o aquellas que puedan incrementar las complicaciones crónicas o que produzcan traumatismos en los pies.

1.8. COMPLICACIONES

1.8.1. COMPLICACIONES AGUDAS

Hipoglucemia

El riesgo de hipoglucemia aparece particularmente cuando se tiene un control muy estricto de la glucemia, principalmente en individuos manejados con insulina exógena. Por ejemplo, en el estudio americano "Diabetes Control and Complications Trial" (DCCT) se incrementó tres veces el riesgo de hipoglucemia, incluyendo el coma y/o crisis convulsivas, cuando se utilizó la terapia intensiva con insulina.¹¹

El riesgo de hipoglucemia se magnifica en pacientes:

- Que enmascaran los síntomas clínicos de hipoglucemia. (p.ejem. el uso de betabloqueadores).
- Quienes no se recuperan espontáneamente de la hipoglucemia.
- En quienes la hipoglucemia llega a ser peligrosa. (Paciente con angina de pecho o ataques de isquemia cerebral transitoria y en niños)

Los pacientes con diabetes de larga duración pueden perder los síntomas neurogénicos de advertencia y tienen riesgo de hipoglucemia severa. Algunos pacientes no presentan ningún síntoma.

Cetoacidosis Diabética

La cetoacidosis diabética sigue siendo una complicación aguda letal, con una mortalidad del 10 - 15%. Aproximadamente el 50% de los casos son reversibles. Surge con mayor frecuencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.¹²

Los factores desencadenantes en orden de frecuencia son: infección, omisión o uso inadecuado de insulina, diabetes de comienzo reciente y hechos adversos.

¹¹ American Diabetes Association (1998). Therapy for Diabetes mellitus and Related disorders. 3ª. Ed. Clinical education Series.

¹² American Diabetes Association (1998). Medical Management of type diabetes. 4ª. Ed Clinical. Education Series.

Estado Hiperosmolar no Cetósico

Representa el estadio final de una descompensación metabólica grave en el paciente con diabetes mellitus. A diferencia de la cetoacidosis diabética, en los casos puros existe ausencia de cetosis que se caracteriza por elevaciones considerables de glucemia y por incremento en la osmolaridad plasmática. Por definición la glucemia debe ser mayor de 600 mg/dl y la osmolaridad mayor de 320 mosM.¹³

Las causas desencadenantes son:

- Infarto agudo del miocardio silente
- Pancreatitis
- Choque séptico
- Administración de fármacos (glucocorticoides, diuréticos, fenitoína, betabloqueadores y bloqueadores de los canales de calcio).

1.8.2. COMPLICACIONES CRÓNICAS

Ateroesclerosis

La ateroesclerosis es de dos a tres veces más frecuente en gente diabética que en no diabética. El 75% de las muertes se debe a este padecimiento.

Los factores que predisponen a la ateroesclerosis en gente no diabética, son los mismos para la gente con diabetes mellitus. Los factores que influyen para la presencia de esta patología se relacionan con la pared arterial afectando la trombogénesis, lipoproteínas y lesión vascular.¹⁴

El tabaquismo, la hipertensión y la hipercolesterolemia también aumentan el riesgo de enfermedad coronaria en gente con diabetes mellitus, en igual proporción a la observada en gente sin diabetes. Sin embargo, el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es mucho mayor en pacientes con diabetes mellitus.

Retinopatía

La diabetes mellitus también se acompaña de daño en los vasos sanguíneos de pequeño calibre en la retina, dando como resultado pérdida de la visión. En países económicamente desarrollados, es la principal causa de trastornos en la visión en gente mayor de 25 años, casi todo paciente con diabetes mellitus tipo 1 desarrollará retinopatía diabética después de 20 años de tener la enfermedad. Simultáneamente durante sus vidas, el 75% desarrollarán retinopatía proliferativa,

¹³ American Diabetes Association. Op Cit.

¹⁴ Idem.

la cual es el estadio más severo. En la diabetes mellitus tipo 2 casi el 60% desarrollaran retinopatía diabética y durante sus vidas aproximadamente el 10% desarrolla retinopatía proliferativa.

Nefropatía diabética

Consiste en el daño vascular y metabólico a la unidad estructural y funcional del riñón, la nefrona; siendo la principal causa de muerte prematura en los pacientes diabéticos, especialmente cuando se presenta uremia y manifestaciones de enfermedad cardiovascular.

Neuropatía diabética

Es un síndrome que se caracteriza por alteraciones morfológicas y funcionales a los nervios periféricos somáticos o autónomos. Es la complicación más frecuente y temprana de la diabetes mellitus; sin embargo, a pesar de ello, es la que más tardíamente se diagnostica.

Coronopatías, Enfermedad Vascular Periférica y Cardiovascular

En estas patologías ha sido difícil demostrar que la hiperglucemia, por sí misma sea la causa de las lesiones en las arterias de los diabéticos. Aunque la diabetes es un factor de riesgo para su desarrollo y para la incidencia de Infarto agudo del miocardio, que ocurre 2 a 4 veces más en diabéticos que en los no diabéticos, los factores que participan en la arterogénesis incluyen la dislipidemia, la hipertensión y la obesidad.

La Enfermedad Vascular Periférica hace referencia a una serie de signos o síntomas que denotan una disminución del riego sanguíneo y consecuentemente en el aporte tisular de oxígeno a los tejidos de los miembros inferiores, motivados por la existencia de lesiones que disminuyen la luz de las arterias que los irrigan.¹⁵

Los factores de riesgo de esta patología se pueden dividir en reversibles e irreversibles. En los primeros encontramos la predisposición hereditaria, tabaquismo crónico, hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

En el segundo, la edad debido a que el envejecimiento hace que las paredes se engrosen, retengan calcio y pierdan elasticidad, haciéndolas más susceptibles a la oclusión y en cuanto al género la incidencia es más alta en los hombres.

¹⁵ M. Alonso Pérez. (1996). "Arterioesclerosis aortoiliaca de los miembros inferiores, de los troncos digestivos y las arterias renales. Síndromes clínicos y actitudes terapéuticas". *Medicine*; 7 (27) p 1130.

Los signos y síntomas de esta enfermedad son el dolor, ausencia de pulso, poiquiloterapia, palidez, parestesia, parálisis y claudicación intermitente.¹⁶ Es muy frecuente que se formen úlceras y se gangrenen los dedos de los pies, apareciendo así la complicación más frecuente, el pie diabético.

Pie diabético

Se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociados con anomalías neurológicas (pérdida de sensibilidad al dolor) y vasculopatías periféricas de diversa gravedad en las extremidades inferiores.¹⁷

Clasificación de las lesiones

Determinar el grado de la lesión es importante para poder establecer la terapéutica adecuada.

- Grado 0: No hay lesiones pero se trata de un pie en riesgo (callos, fisuras, hiperqueratosis, alteraciones de la morfología del pie).
- Grado 1: Úlcera superficial. Suele aparecer en la superficie plantar, en la cabeza de los metatarsianos o en los espacios interdigitales.
- Grado 2: Úlcera profunda que penetra en el tejido celular subcutáneo afectando tendones y ligamentos, pero no hay absceso o afectación ósea.
- Grado 3: Úlcera profunda acompañada de celulitis, absceso y osteitis.
- Grado 4: Gangrena localizada, generalmente en el talón, dedos o zonas distales del pie.
- Grado 5: Gangrena extensa.

Estrategias de prevención

La llave del éxito en el tratamiento del pie diabético consiste en organizar un programa de escrutinio, con el objeto de identificar a todos los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras en el pie. Es necesario que el médico revise en cada visita los pies del paciente. En algunas situaciones sería de gran ayuda una hoja de registro donde señale si existen o no alteraciones en la circulación, neuropatía, etc.¹⁸

Es imperativo la revisión de la sensibilidad en todo paciente diabético, simplemente con un monofilamento Semmes-Weinstein.

¹⁶ E. Fellows (1992). "Enfermedad arterial de las extremidades inferiores". Nursing; 10 (5) p 18.

¹⁷ Salvador López. *Op Cit.* p. 283.

¹⁸ H. Sloan. (1999). "Alteración de la sensibilidad de los pies" Nursing; 17 (4) pp. 26-27.

Estrategias de intervención

La diabetes mellitus es la principal causa de amputación no-traumática, la presencia de un personal integrado por un médico, enfermera especialista o educador en diabetes y un podiatra evitarán dicha complicación; por lo que el equipo debe tener fácil acceso a:

- Un radiólogo vascular con facilidades para llevar a cabo angioplastias intraarteriales.
- Un cirujano vascular que ofrezca reconstrucción.
- Psicoterapistas para rehabilitar aquellos pacientes que ameriten amputación.

En personas mayores de 55 años que presenten alguna otra complicación (trastornos visuales, hipotensión postural, etc.) el período de rehabilitación a menudo se prolonga por varios meses. Si no se cuenta con especialistas, los médicos generales o cirujanos puede ser capacitados para llevar a cabo las funciones previamente mencionadas.

La educación es la contribución más importante para la prevención de las lesiones del pie en la diabetes. El primer objetivo, estará encaminado a incrementar el conocimiento a todos aquellos en quienes el cuidado hacia los pacientes diabéticos concierne la disminución al peligro de desarrollar lesiones del pie diabético y sus diferentes anomalías, con el objeto de saberlas identificar y tratarlas.

Se debe inculcar a todo paciente diabético, que aprenda lo siguiente:

- No caminar descalzo.
- Examinar diariamente los zapatos y revisar si no existen cuerpos extraños en ellos.
- Evitar el uso de remedios caseros (tijeras, navajas, productos que suavicen la piel para la hiperqueratosis).
- Tratar heridas superficiales y prestarles una atención adecuada por muy leves que sean, distinguirlas de micosis.
- Utilizar un espejo para observar la superficie plantar de los pies.
- Probar el grado en el cual la sensación de dolor se ha perdido y tener más cuidado en esas zonas.
- Prevenir la presencia de quemaduras (no utilizando agua caliente o calentadores eléctricos).
- Lavarse diariamente los pies con agua tibia.
- No remojar los pies para evitar la deshidratación.
- Usar jabón suave y enjuagar bien, secar suavemente con toalla, principalmente en los espacios interdigitales.
- Usar crema o lociones para humectar los pies evitando su aplicación en los espacios interdigitales.

- En caso de transpiración excesiva usar calcetines de algodón, usar talco y cambiarse diariamente los calcetines.
- Procurar arreglarse las uñas con personal especializado.
- Las medias no deben tener puño elástico porque disminuyen la circulación a los pies.¹⁹

2. AUTOCUIDADO

2.1. CONCEPTO

El autocuidado es la ejecución de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, es importante entender el significado debido a que se deben provocar cambios en la salud, lo cual significa cambio en la conducta, se adquiere conciencia, motivación, aprendizaje y destreza.²⁰

2.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: OREM

El profesional de enfermería hace uso de teorías como guía para la práctica y mejoramiento de la misma, que le sirvan de base para investigaciones con lo que aumenta el cuerpo general de conocimientos de la enfermería; una de ellas es la teoría de Orem, quien define el autocuidado como una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. Considerando que cada paciente tiene requisitos para el cuidado de sí mismo o propósito para la acción. Estos requisitos o necesidades son:

- Universales: Estos son comunes para todos los seres humanos e incluye la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos ocho requisitos proporcionados de forma eficaz fomentan la salud y el bienestar.
- Relativos al desarrollo: Promueven procedimientos para la vida y maduración previniendo las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

¹⁹ P. Gauntlett.(1993). Enfermería: Principios y práctica. Ed. Panamericana. España, pp. 1239-1337.

²⁰ M. Aguilar. (1997). "Diabetes mellitus participación de enfermería". Rev. Desarrollo Científ Enferm. 5 (8). pp 11-14..

- Alteraciones en la salud: La enfermedad en la lesión no solo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos si no el funcionamiento humano integral, lo anterior ha mostrado que en tales situaciones las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o tratamiento para lo cual es necesario que el individuo sea capaz de aplicar los conocimientos necesarios oportunos, para su propio cuidado.

~~Para cumplir los requisitos del autocuidado la enfermería debe operar sus actividades con base en la teoría de los "sistemas de enfermería" implementados por Orem, los cuales ayudan a satisfacer los requisitos de autocuidado.²¹~~

1. Sistemas compensatorios
2. Parcialmente compensatorios
3. Sustentadores educativos

En el primer sistema, el paciente carece de la capacidad para cuidarse por sí mismo, razón por la cual crea una dependencia hacia la enfermera quien tiene la responsabilidad de realizar las indicaciones prescritas por el médico.

El segundo sistema, divide las obligaciones y responsabilidades entre la enfermera y el paciente, aquí ambos se regirán de acuerdo a lo prescrito por el médico y estarán sometidos a las limitaciones existentes de la naturaleza técnica, de las destrezas necesarias y de la aptitud del paciente para realizar actividades.

En el último, la necesidad del paciente se limita a la aceptación de decisiones, control de la conducta, así como la adquisición de conocimientos y destrezas.²²

En cualquiera de los tres casos la participación del individuo es de suma importancia, ya que sólo la participación de enfermería es de ayuda al individuo en la consumación del cuidado de sí mismo.

A continuación se esquematiza el modelo de Orem, incluyendo en este las diferentes acciones que realiza enfermería y el paciente específicamente.

- SISTEMA COMPENSATORIO

Acciones de enfermería:

- * Lleva a cabo los autocuidados terapéuticos del paciente.
- * Compensa la incapacidad del paciente para ocuparse de sus propios cuidados.
- * Apoya y protege al paciente.

²¹ A. Marriner. (1994). Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby. España, pp.181-198.

²² P. Gauntlett, Op Cit, pp. 86-97.

- SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO

Acciones de enfermería:

- * Realiza algunas medidas de autocuidado del paciente.
- * Compensa limitaciones del paciente para su autocuidado.
- * Asiste al paciente según lo requiere.
- * Controla la agencia de autocuidado.

Acciones del paciente:

- * Realiza algunas de las medidas de autocuidado.
- * Recibe los cuidados y la asistencia de la enfermera.

- SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO

Acción de enfermería:

- * Controla el ejercicio y el desarrollo de la agencia de autocuidado.

Acción del paciente:

- * Lleva a cabo el autocuidado.

Para Orem la enfermería es un servicio humano destinado a vencer las limitaciones humanas del autocuidado por razones relacionadas con la salud. La conceptualización que tiene del hombre es de un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente.

2.3. LA ENFERMERÍA COMO PROMOTORA DE LA SALUD

La enfermería enfocada a la salud de la comunidad es una síntesis de la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población, teniendo como prioridad lo siguiente:

- No se limita a un grupo de edad ó diagnóstico.
- Es continua y no episódica.
- La responsabilidad dominante es la población como un todo.
- La enfermería es dirigida a individuos, familia o a los grupos contribuyendo de esta forma a la salud pública total.
- La promoción de la salud, el mantenimiento de la misma, la educación sanitaria, la coordinación y la continuidad del cuidado se utilizan en un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad.
- Las normas de la enfermería para la salud de la comunidad se enfocan hacia la práctica más que hacia el practicante y se formulan en las áreas de asesoramiento, planeación, implementación y evaluación.

La práctica de la enfermería ayuda a los individuos y a las familias a ajustar sus necesidades y aspiraciones de salud, resolver los problemas que atañen la salud en el ambiente social, emocional y físico que los rodea y facilitar la adquisición de las habilidades para alcanzar niveles superiores de bienestar.

Uno de los retos de la atención de enfermería es procurar que las personas que podrían beneficiarse de los servicios médicos acudan a dichos servicios, y que aquellos que sufran padecimientos susceptibles de ser atendidos por ellos mismos aprendan como hacerlo adecuadamente.

2.4. LA PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO

La conducta individual de cada paciente diabético, en especial la decisión de acudir a solicitar el servicio y el cumplimiento de las prescripciones médicas en general no están solo supeditadas a la información, mal o bien ofertadas, o a la generación de actitudes favorables ante su enfermedad, sino a una amplia gama de eventos que no sólo condicionan su equilibrio; por ejemplo: la familia, el trabajo, el deporte, la recreación, entre otros; que lo acercan o lo alejan de un oportuno desarrollo como sujeto de autotransformación social.²³

El pronóstico de incurabilidad que lleva implícita la necesidad de un tratamiento continuo y el riesgo permanente de complicaciones crónicas, genera en el paciente y en la familia nuevas demandas, que de una u otra forma modifica su estructura emocional y su estilo de vida, lo que influirá en el éxito terapéutico, el cual consiste en mejorar la calidad de vida de quien padece la enfermedad, esta responsabilidad se adquiere cuando operan diversas condiciones afectivas entre las que destacan el apoyo o soporte entre los miembros de la familia, facilitando la adaptación del padecimiento y las demandas afectivas, terapéuticas y económicas que se generan.²⁴

El nivel de la funcionalidad familiar es esencial para el diseño de la terapéutica y del programa educativo, que rinden sus mejores frutos cuando la familia está integrada y motivada para participar activamente en el cuidado del paciente.

Es claro que existe una innegable relación entre la familia y la enfermedad, y que está afecta y es afectada por el contexto familiar.

En la actualidad, la esperanza de vida de los pacientes con diabetes diagnosticados antes de los 30 años de edad, ha sido de un 30 a un 50% menor que la población general.

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, experimentando un sufrimiento relacionado con el padecimiento crónico, la pérdida de la salud y la disminución de expectativas, gradualmente se adhiere a la terapéutica dietética, higiénica y médica.

²³ J. Bluhm. (1998) "Ayude a los familiares en crisis a soportarla". Nursing, 6 (4). p. 34.

²⁴ E. Pérez. (1992). Manual de enfermería Práctica. Ed. Interamericana. México. p. 649.

2.5. LA FAMILIA PROMOTORA DEL AUTOCUIDADO

La familia es considerada como un núcleo primario y fundamental para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a su carencia como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo.

En su carácter de unidad social básica, la constelación familiar requiere de adaptación a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales; la tarea psicosocial de la familia en el apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que solo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente; es decir cada individuo actúa como parte del grupo, pero desempeña un papel propio que le permita desarrollarse y crecer.^{25, 26, 27}

Este grupo social es el más importante para el hombre y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones íntimas, solidaridad y afecto.²⁸ Una entidad cuya fuerza podrá constituir el mayor factor único de apoyo, cuando uno de sus miembros se encuentra afectado en su salud o arrebatado por la muerte, estos procesos fisiológicos originan en el grupo funcional ansiedad, depresión y/o problemas de conducta, que al caer en algún integrante el resto intenta sostenerlo mediante la distribución de la carga diaria.

2.6. EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO

El conocimiento del paciente con respecto al automanejo de la diabetes es esencial para su bienestar tanto desde el punto de vista físico como desde la perspectiva psicosocial. El paciente diabético necesita una buena base de conocimientos para tomar decisiones independientes con respecto a su cuidado. La persona diabética educada puede esperar una calidad de vida mejor y un número menor de hospitalizaciones que otra persona con menos instrucción. Los estudios han demostrado que el paciente educado tiene menos complicaciones y días de enfermedad, es capaz de llevar una vida más productiva y muestra una mejor capacidad para enfrentar su problema. Desde el punto de vista económico,

²⁵ Jorge Sánchez. (1976) Familia y Sociedad. Ed. cuadrenos de Joaquín Martínez. México. pp. 15-16.

²⁶ David Shines. (1983). Medicina familiar: Guía Práctica. Ed. Mc Graw Hill. México. pp. 8-15.

²⁷ Ruth Freeman.(1971). Enfermería de salud pública. Ed. Interamericana. México. p. 116.

²⁸ María Guadalupe Aldrete.(1993). "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II". Salud Pública Mex. 35 (5). Pp.464-69.

la educación del paciente presenta una relación costo efectividad positiva tanto para el individuo como para el sistema de salud.²⁹

La educación en la diabetes, si bien está dirigida hacia el paciente, debe reflejar un esfuerzo coordinado del equipo de la salud para ser integral y lograr el mayor bienestar para el paciente. Por ser una enfermedad compleja necesita del conocimiento experto de diversos profesionales, entre ellos la enfermera, dietista, médico, psicólogo; etc.

La enfermera por ser un miembro importante del equipo, debe evaluar integralmente el progreso del paciente y coordinar consultas con otras disciplinas según sea necesario. Esta función se agrega al conocimiento clínico con respecto al régimen diabético, planeamiento y realización del programa individual y asistencial del régimen, que es tan importante para la calidad del cuidado del paciente diabético.

El objetivo de la educación es incrementar el conocimiento del paciente para que pueda ser administrador competente y afectivo del cuidado de su enfermedad. De tal forma que este preparado para realizar elecciones positivas, con respecto al cuidado de su enfermedad.

Las actividades específicas de enfermería en la intervención educativa son:

- Valorar la disposición del paciente para aprender antes de intentar la enseñanza.
- No inundarlo de información y tampoco darle información insuficiente respecto a su situación.
- Se debe comparar la información entre lo que desea enseñar y la utilidad de está para el paciente.
- Cuando el paciente cuente con la información adecuada podrá preguntar libremente, pues se ha logrado motivar.

La educación debe incluir:

- Breve panorama para la diabetes mellitus.
- Control de glucosa.
- Planeamiento de la dieta.
- Prevención y manejo de complicaciones agudas y crónicas.
- Manejo de la medicación.
- Debe mantenerse un estrecho seguimiento y la enfermera debe indicar al paciente una persona a la cual llamar por teléfono en caso de cualquier inquietud.

Es necesario promover la capacidad de enfrentar en forma efectiva la diabetes estableciendo primero una sólida simpatía con el paciente y su familia. Se debe evaluar la necesidad de asesoramiento sobre la base de la percepción del

²⁹ P. Gauntlett, *Op Cit*, p. 916.

paciente con respecto a su propia capacidad para manejar la enfermedad en su hogar, trabajo o escuela.

Por otro lado, es necesario considerar los requerimientos económicos y sociales como fuente de estrés emocional y financiero; es necesario individualizarlos para ajustarlos a la respuesta psicosocial del paciente y su familia.

Una de las funciones del personal de enfermería es brindar la información oportuna con el objetivo de prevenir y/o retardar la aparición de complicaciones agudas ó crónicas, haciendo mayor énfasis en las segundas debido a que son más frecuentes en los diabéticos tipo 2.

A continuación se mencionan algunas estrategias preventivas específicas en las diferentes patologías:

- **ATEROESCLEROSIS:**

- Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
- Restringir la ingesta de grasas, carbohidratos, sal y proteínas.
- Realizar alguna actividad física.
- Tomar los medicamentos indicados (hipoglucemiantes, antihipertensivos; etc.).
- Valoración del perfil de lípidos cada seis meses.

- **RETINOPATÍA:**

- Realizarse un examen de agudeza visual y de la retina inmediatamente después de que se haya hecho el diagnóstico y posteriormente una vez al año.
- Mantener las cifras de glucosa dentro de los niveles permitidos.
- Vigilar la aparición de cualquier signo de alarma (visión borrosa, ceguera parcial o total, etc.).

- **NEFROPATÍA DIABÉTICA:**

- Mantener un control glucémico cuidadoso (debido a que la hiperglucemia moderada incrementa la perfusión renal).
- Acudir a que le realicen la medición y registro de la presión arterial.
- Restricción de proteínas en la dieta (debido a que las proteínas tienen efecto vasodilatador en el lecho renal incrementando la perfusión renal).
- Vigilar la presencia de los signos y síntomas de infección de vías urinarias (ardor y dolor al orinar, polaquiuria, olor fétido, color turbio).
- Valoración de creatinina y albúmina en orina de 24 hrs.

- **NEUROPATÍA DIABÉTICA:**

- Vigilar la sensibilidad en miembros pélvicos y torácicos.
- Hacer énfasis en la realización del estudio de electromiografía.
- Verificar la presencia de reflejos aquilianos.

- **ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA:**

- Observación diaria de los pies con buena luz y con un espejo visualizar la planta de los pies.
- Buscar zonas deshidratadas y grietas en la piel especialmente en los espacios interdigitales y alrededor del talón; observar si existen uñas encarnadas, callos, durezas, decoloración, tumefacción o llagas.
- Durante el baño usar jabón neutro y enjuagar bien, secar suavemente con toalla principalmente en los espacios interdigitales.

Las uñas deberán:

- Arreglarse después del baño pues están blandas y son fáciles de cortar.
- Cortar y limar siguiendo la curva natural del dedo.
- Evitar cortar las uñas más abajo del borde de los dedos.
- No usar elemento agudos para urgar entre la cutícula o debajo de las uñas.
- Las uñas encarnadas deben ser cortadas y atendidas por un podiatra.
- Medias de algodón y limpias. No deben tener elástico en el puño para evitar la disminución de la circulación.
- Los zapatos deberán tener la parte superior blanda, flexible, sin pliegues, arrugas o costuras.
- No andar descalzo.

III. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad que se ha incrementado considerablemente a tal grado que actualmente se estima la existencia de 4 millones de personas afectadas en México y 135 millones a escala mundial.

El grupo de estudios sobre diabetes mellitus reunido en Washington D.C., en diciembre de 1974, establece la importancia creciente de la enfermedad como problema de salud pública y la necesidad de organizar programas de atención integral del enfermo diabético, de acuerdo con los sistemas de salud propios de cada país.

En los últimos años la OPS ha fomentado el interés y apoyo al desarrollo de actividades de control de enfermedades crónicas, entre las cuales se encuentra dicha enfermedad.

Siendo la diabetes mellitus un problema de salud que afecta a todas las sociedades humanas sea cual fuere su grado de desarrollo, con la realización de esta tesis se pretende conocer que factores intervienen en la falta de autocuidado del paciente diabético tipo 2 de reciente diagnóstico, así como también saber qué factores impulsan la continuación del tratamiento terapéutico, con la finalidad del que el personal de enfermería formule estrategias educativas encaminadas a aumentar el conocimiento y la práctica dietéticas adecuada, así como incrementar la actividad física entre otras, para lograr un mejor autocuidado teniendo como objetivo un buen control de la glucemia y la disminución de complicaciones agudas o crónicas, la concientización de su situación y el cambio de actitudes, ya que la importancia de este problema de salud se debe a las repercusiones médicas, sociales y económicas que tienen sobre la población.

IV. OBJETIVOS

- Determinar el autocuidado con relación a la dieta, actividad física y tratamiento farmacológico.
- Determinar si la ausencia de apoyo familiar influye en la falta de autocuidado.
- Conocer la calidad de información que brinda el personal de salud como apoyo para el autocuidado.
- Determinar la asociación entre el conocimiento de la enfermedad con la falta de autocuidado.
- Determinar la asociación entre la situación emocional del paciente diabético con la falta de autocuidado.

V. METODOLOGÍA

5.1. UNIVERSO

El estudio se realizó en el Hospital General Regional, No.1 “Gabriel Mancera”, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.2. TIEMPO DEL ESTUDIO

Del 1° de marzo al 31 de julio del año 2000.

5.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Derechohabientes que acudieron al consultorio número 10 de consulta externa, derivados de las Unidades de Medicina Familiar, con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes se consideraron de reciente diagnóstico por el tiempo en que se les efectuó el estudio que confirmaría o descartaría la presencia de dicha patología.

5.4. TIPO DE ESTUDIO

Transversal.

5.5. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se requirió un tamaño mínimo, debido a que se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que acudieron al módulo del Hospital de “Gabriel Mancera”, con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2, tampoco se realizó ningún tipo de muestreo.

5.6. CRITERIOS

INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes del IMSS.
- Pertenecientes al grupo de pacientes que acudieron a la consulta externa, del Hospital General Regional No.1 “Gabriel Mancera”, derivados de las Unidades de Medicina Familiar, con diagnóstico presuntivo de diabetes mellitus tipo 2.
- Que aceptaron participar en el estudio.

NO INCLUSIÓN

- Pacientes con intolerancia a la glucosa.
- Pacientes que presentaron alguna discapacidad que les impidió contestar el cuestionario.

EXCLUSIÓN

- Pacientes que se derivaron de otras clínicas por descontrol metabólico.
- Pacientes que presentaron más de 3 años de evolución de la enfermedad.

5.7. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos fue mediante un cuestionario que se aplicó en forma directa a todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del HGR No.1 "Gabriel Mancera" que desearon colaborar en el estudio durante el periodo de marzo – mayo del 2000. El cuestionario se integró por las variables correspondientes que permitieron identificar los datos personales, así como los factores de riesgo que intervinieron en la falta de autocuidado.

5.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recolectada la información, se procedió a la formación de una base de datos, posteriormente, se analizaron utilizando los programas estadísticos Epi-Info y SPSS. Se verificaron los datos, calculándose frecuencias simples para variables continuas, medidas de tendencia central, razón de momios y χ^2 .

VI. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE CONTROL:

- EDAD

DEFINICIÓN: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

OPERACIONALIZACIÓN: Años de vida referidos por el paciente en el momento de la entrevista.

INDICADOR: Edad en años. (Razón)

- SEXO

DEFINICION: Condición biológica orgánica por la que se diferencian el hombre y la mujer. Los dos tipos de individuos del género humano, según el papel que desempeñen cada uno en la reproducción.

OPERACIONALIZACIÓN: Se registro según lo observado en el paciente.

INDICADOR: Sexo (Nominal) 0) Masculino 1) Femenino

- ESCOLARIDAD

DEFINICION: Número de años acreditados y grado máximo de estudios de los individuos en cualquiera de los niveles del sistema de enseñanza.

OPERACIONALIZACIÓN: Se registro según lo indicado por el paciente.

INDICADOR: Escolaridad (Ordinal)

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Técnico
5. Bachillerato
6. Profesional

- OCUPACIÓN

DEFINICION: Tipo de trabajo, oficio, categoría o profesión específica desempeñada por el paciente.

OPERACIONALIZACIÓN: Se registro según lo indicado por el paciente.

INDICADOR: Ocupación (Nominal)

1. Hogar

2. Empleado
3. Otros

- ESTADO CIVIL

DEFINICION: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

OPERACIONALIZACION: Se registro según lo indicado por el paciente.

INDICADOR: Estado civil (Nominal)

1. Casada (o)
2. Viuda (o)
3. Unión libre
4. Divorciada (o)
5. Soltera (o)

- SOMATOMETRIA

DEFINICION: Medición de las dimensiones del cuerpo.

OPERACIONALIZACION: Por medio del interrogatorio directo se preguntó al paciente el resultado de su última glucemia, corroborándose dicho dato con el resultado reportado por laboratorio para el cual la muestra fue obtenida tres días antes de la consulta; en cuanto al peso y la talla se midieron utilizando una báscula de pie.

INDICADORES:

- Resultado de su última glucemia _____ mg/dl. (Razón)
- Peso _____ Kg. (Razón)
- Talla _____ cm. (Razón)

VARIABLE DEPENDIENTE: AUTOCUIDADO

DEFINICION: Es la ejecución de actividades que las personas hacen por sí mismos para el mantenimiento de la salud.

OPERACIONALIZACION: Esta variable se midió por medio de los indicadores de dieta, actividad física y el uso o no de medicamentos prescritos por el médico interrogados al paciente.

Se consideró que el paciente tenía autocuidado si cumplía con los tres requisitos, en caso de llevar tratamiento farmacológico o en su defecto con la dieta y la actividad física.

- DIETA

DEFINICION: Es la cantidad de alimentos planeada para cubrir los requerimientos específicos de un individuo.

OPERACIONALIZACION: En esta variable se tomaron en cuenta tres preguntas de opción múltiple, dando valor de cero cuando los individuos contestaran dos o menos preguntas y uno cuando las tres preguntas fueran correctas; es decir, que llevaran dieta específica para diabético y conocieran los alimentos prohibidos para su consumo.

INDICADOR:

¿Lleva alguna dieta? (Nominal)

¿Qué tipo de dieta? (Nominal)

1. Para diabético
2. Para bajar de peso
3. Para bajar el colesterol
4. Otra

¿Encuentra alguna dificultad para seguir su dieta? (Nominal)

En caso de ser afirmativa su respuesta, especificar (Nominal)

1. Falta de recursos económicos
2. Falta de tiempo
3. Falta de información
4. Desinterés
5. Otra

¿Conoce los alimentos que tiene prohibido consumir? (Nominal)

1. Pan, azúcar refinada, pasteles, grasas, refrescos
2. Verduras, frutas, cereales, carnes blancas
3. Frutas, pastas, carnes rojas, tortillas

¿Cuál es su opinión sobre la dieta como parte del tratamiento del paciente diabético? (Nominal)

- ACTIVIDAD FÍSICA

DEFINICION: Es la ejecución de ejercicios físicos para mejorar la salud o corregir una deformación física.

OPERACIONALIZACION: A través de un interrogatorio directo se midió la variable actividad física y se consideró aceptable cuando se realizará dos o más días a la semana y que por lo menos tuviera seis meses realizando la actividad, dando valor de uno cuando cumplieran con los requisitos anteriores y de cero cuando hubiera ausencia de uno de ellos.

INDICADOR:

¿Realiza algún tipo de actividad física? (Nominal)

¿Qué tipo de tipo de actividad realiza? (Nominal)

1. Caminar
2. Correr
3. Caminar y correr
4. Aeróbics
5. Caminar y aeróbics
6. Otras

¿Cuántos días a la semana realiza esta actividad? (Razón)

¿Cuánto tiempo lleva realizando esta actividad? (Razón)

Mencione los beneficios que ha obtenido (Nominal)

1. Mantengo controlada la glucosa
2. He bajado de peso
3. Disminuye la tensión
4. 2 o más de los anteriores
5. Otros

En caso de no realizar ninguna actividad física mencione las causas (Nominal)

1. Por falta de tiempo
2. Desinterés
3. Falta de motivación
4. Discapacidad
5. Falta de información
6. Otros

¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte del tratamiento del diabético? (Nominal)

- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

DEFINICION: Es la utilización de fármacos que ocasionan en el individuo reacciones específicas con la finalidad de restablecer su salud.

OPERACIONALIZACION: Por medio de un cuestionario se interrogo al paciente si tenía prescrito el uso de medicamentos hipoglucemiantes se valoraron además de ésta, dos preguntas más; las cuales eran que no hubieran olvidado tomar sus medicamentos y que no encontraran dificultades, a lo anterior se le dio valor de uno, en caso de que el sujeto fallara en una de las dos últimas preguntas se daba valor de cero.

INDICADOR:

¿Toma algún medicamento para la glucosa? (Nominal)

¿Cuánto tiempo lleva con el tratamiento? (Razón)

¿Se le ha olvidado alguna vez tomar sus medicamentos? (Nominal)

¿Durante la semana cuantas veces se le ha olvidado tomar sus medicamentos? (Razón)

¿Encuentra dificultades para seguir su tratamiento farmacológico? (Nominal)

¿Qué dificultades? (Nominal)

1. Falta de recursos económicos

2. Falta de interés
3. Inexistente en farmacia
4. Otro

VARIABLE INDEPENDIENTE: CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES

DEFINICION: Acción y efecto de conocer respecto al automanejo de la diabetes esencial para el bienestar físico y psicosocial.

OPERACIONALIZACION: Por medio de un cuestionario se midieron los indicadores siguientes:

- El primero era saber que era la diabetes mellitus, se asignó el valor de uno, si la opción seleccionada del cuestionario era el inciso tres, de lo contrario se dio valor de cero.
- El segundo indicador, las consecuencias de un mal control de la glucosa el valor uno se dio a quienes contestaron las opciones cinco y ocho, de no ser así fue igual a cero.
- En el tercer indicador: las causas que pueden producir hiper o hipoglucemia deberían de ser correctos los cuatro reactivos para dar valor de uno, en caso de que uno o más fueran incorrectos se asignó el valor de cero.
- En el último indicador se interrogó en que consistía el tratamiento del paciente diabético, se consideró como buena la respuesta uno ó dos, a lo anterior se asigno el valor de uno y de cero cuando la respuesta fue la número tres.

Con lo anterior se formó la variable "*conoc*" que nos dio los valores de 0,1,2,3 y 4; posteriormente para decir que el sujeto tenía conocimiento debería de tener de 3 a 4 respuestas correctas dándose el valor de 2; cuando el sujeto presentará 2 o menos respuestas el valor destinado sería 1.

INDICADOR:

¿Qué es para usted la diabetes? (Nominal)

1. Enfermedad
2. Enfermedad crónico – degenerativa, con aumento de la glucosa sanguínea
3. Enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de la glucosa sanguínea debido a la deficiencia del páncreas para producir insulina

Mencione las consecuencias de un mal control de la glucosa (Nominal)

1. Desprendimiento de la retina
2. Problemas renales
3. Riesgo de amputación por lesiones
4. Problemas a nivel neurológico
5. Todas las anteriores
6. 1, 2
7. 1, 3
8. 1, 3, 4
9. Desconoce

Señale cual de las siguientes causas puede producir hiperglicemia o hipoglicemia:

1. Demasiada insulina
2. Demasiado ejercicio físico
3. Demasiada comida
4. Una enfermedad o infección

¿En que consiste el tratamiento de un paciente diabético?

1. Dieta, actividad física y medicamentos
2. Dieta y actividad física
3. Medicamentos

VARIABLE INDEPENDIENTE: ACEPTACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO ANTE LA ENFERMEDAD

DEFINICION: Es la respuesta individual del paciente cuando este se ve ante el peligro de la perdida de la salud y que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión que intervienen en la disponibilidad hacia el tratamiento de la enfermedad.

OPERACIONALIZACION: Para determinar la aceptación del paciente ante la enfermedad se tomaron en cuenta tres indicadores:

- El primero, consistía en saber si el paciente consideraba una desgracia ser diabético, si la respuesta era negativa valía uno, de ser afirmativa el valor sería cero.
- Segundo, si había presentado cambios positivos en relación con su vida diaria el valor sería de uno, cuando no presentara cambio alguno la estimación sería de cero.
- En cuanto a la tercera pregunta, el paciente debería de contestar las opciones uno o dos del cuestionario para ser considerado como uno, de lo contrario sería cero.

Una vez realizado lo anterior, se formó una variable llamada "acepta" que nos dio las combinaciones de 1,2 y 3; posteriormente se decodificó esta variable como "acepta2", donde 3 era igual a 2; es decir que el paciente aceptaba la enfermedad, 2 ó menos respuestas era igual a 1.

INDICADOR:

¿Considera usted que ser diabético es una desgracia? (Nominal)

¿ Por qué? (Nominal)

1. Enfermedad incurable que tiene implícita la necesidad de un tratamiento continuo
2. Existe un riesgo permanente de complicaciones agudas y crónicas
3. Es una enfermedad que atenta contra la estabilidad familiar
4. Origina sufrimiento y angustia por la pérdida de la salud
5. Disminuye mis expectativas de vida
6. No me gusta que se refieran a mí como "un diabético"
7. Incluye muchos sacrificios e inconvenientes

¿Desde la aparición de la enfermedad ha tenido cambios en su vida diaria?
(Nominal)

¿Cuáles? (Nominal)

1. En mi alimentación
2. Cuido mi peso
3. Realizo actividad física
4. Convivo más con mi familia
5. Disminuyo el riesgo de lesiones
6. Mantengo mejores hábitos higiénicos - personales
7. Realizo ejercicio y cuido mi dieta

¿La presencia de la diabetes ha cambiado su estado anímico? (Ordinal)

1. Mucho
2. Poco
3. Nada

¿Sus planes a futuro han cambiado desde que sabe que es diabético?
(Ordinal)

1. Todos cambiaron
2. Algunos cambiaron
3. Ninguno cambio
4. Nunca hice planes

¿Considera que no hay mucho que usted pueda hacer para controlar su diabetes?
(Nominal)

1. Estoy completamente en desacuerdo
2. Estoy en desacuerdo
3. No lo sé
4. Estoy de acuerdo
5. Estoy completamente de acuerdo

VARIABLE INDEPENDIENTE: APOYO FAMILIAR

DEFINICION: Es una de las funciones que realiza la familia cuando uno de sus miembros enferma, sirve como amortiguador del estrés que origina la enfermedad.

OPERACIONALIZACION: Para determinar la variable independiente apoyo familiar, se tomaron en cuenta cinco indicadores interrogados al paciente por medio del cuestionario.

- Primero, recibimiento de la enfermedad en la familia si las opciones elegidas eran uno y dos se daba el valor de uno, de no ser así el valor era cero.
- Segundo, participación de la familia en el tratamiento, si la respuesta seleccionada del cuestionario era la número dieciséis sería igual a uno de lo contrario sería cero.
- Tercero, planeación de actividades familiares de acuerdo a las necesidades del individuo si contestaban que varias veces a la semana o diario se daba el valor de uno, de no ser así se asignaba el valor de cero.

- Cuarto, si la familia recibió información sobre diabetes el valor sería de uno, de negarlo la estimación sería de cero.
- En el último, la utilidad de la información si esta era beneficiosa era igual a uno, si no fuera así sería cero.

Con lo anterior se formó la variable "apoyo" que nos arrojó como posibles combinaciones 1,2,3,4,5 y que al recodificarse la variable se le nombro "apoyo2", se otorgaron las estimaciones de 2 cuando comprendieran de 3 a 5 respuestas correctas; es decir que el sujeto recibía apoyo por parte de la familia, al resto de los valores se les asigno el valor de 1, el cual negaba la existencia de apoyo.

INDICADOR:

¿Cómo recibió su familia la noticia de su enfermedad? (Nominal)

1. Comprensión
2. Apoyo
3. Indiferencia
4. Desagrado
5. Otra

¿Cómo participa su familia en el tratamiento? (Nominal)

1. Me recuerda de mis citas con el médico
2. Vigila la toma de mis medicamentos
3. Me motiva para la realización de actividad física
4. Se solidariza conmigo para seguir mi dieta
5. Todas las anteriores
6. No hay participación

¿La familia discute o pelea acerca del cuidado de su diabetes? (Ordinal)

1. Nunca
2. Una vez al mes
3. Una vez a la semana
4. Varias veces a la semana
5. Diario

¿La familia ha recibido información sobre la diabetes? (Nominal)

¿Qué tipo de información? (Nominal)

1. Sobre la enfermedad y sus complicaciones
2. Relaciones familiares
3. Como seguir una dieta
4. Que tipo de actividad física realizar
5. Cuidados específicos para evitar lesiones
6. 1,16
7. 1, 2, 4

¿Le ha sido útil esa información? (Nominal)

VARIABLE INDEPENDIENTE: PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

DEFINICION: Son las acciones que realiza el paciente para prevenir daños en órganos y sistemas donde más frecuentemente daña la diabetes.

OPERACIONALIZACION: A través del cuestionario se interrogó sobre la realización de cuidados higiénico - dietético. Para esta variable independiente los indicadores fueron los siguientes:

- Si el paciente no había tenido descompensación de glucosa sería igual a uno, de no ser así el valor sería cero.
- Que acudiera al oftalmólogo por lo menos una vez al año, de ser así se asignaría la estimación de uno, de lo contrario sería cero de igual manera se valoró la visita al cardiólogo.
- En cuanto a conocer los síntomas de alarma de las infecciones de vías urinarias, si se conocían más de tres o la respuesta cinco del cuestionario el valor sería uno, si no era así sería cero.
- Las medidas empleadas por los pacientes para el cuidado de sus pies, si eran más de cinco medidas utilizadas o la opción de "todas las anteriores" sería igual a uno, de lo contrario la estimación destinada sería cero.

Con lo anterior se formó la variable "prev" que dio combinaciones de 1,2,3,4,5; para decir que el sujeto prevenía complicaciones, se tomó en cuenta que no hubiera presentado descompensaciones de la glucosa y que por lo menos realizara 3 medidas generales para dar la estimación de 2, de lo contrario se daba el valor de 1.

INDICADOR:

¿Cuántas veces ha acudido al médico por descompensación de la glucosa?
(Razón)

¿Cuándo fue la última vez que acudió al oftalmólogo? (Razón)

¿Qué medidas tiene con el cuidado de sus pies? (Nominal)

1. No caminar descalzo
2. Uso de calzado confortable
3. Inspección de los pies
4. Evitar el uso de instrumentos inadecuados
5. Secarse perfectamente los pies
6. Evitar cortar las uñas más abajo del borde de los dedos
8. Todos los anteriores
9. Ninguno

¿Conoce los síntomas de una infección de vías urinarias? (Nominal)

1. Ardor al orinar
2. Micción frecuente
3. Orina turbia
4. Olor fétido

5. Todos los anteriores

¿En el último año cuántas veces ha visitado al cardiólogo? (Razón)

VARIABLE INDEPENDIENTE: PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

DEFINICION: La participación del personal serán todas las acciones que realice con el enfermo y su familia estarán encaminadas a ayudar al paciente a mantener un control glucémico y aceptar la enfermedad brindando la información para comprender mejor dicha patología.

OPERACIONALIZACION: En la variable independiente participación del personal de salud los indicadores considerados fueron tres de acuerdo a lo referido por el paciente:

- Primero, si el sujeto recibió información sobre diabetes mellitus se daba el valor de uno, de lo contrario el valor designado sería cero.
- Segundo, el tipo de información recibida se determinó de acuerdo al número de temas recibidos, la estimación de cero se dio a quienes no recibieron información, uno a quienes recibieron de tres a cuatro temas y dos a quienes recibieron dos o más temas.
- En cuanto a la calidad de la información se otorgó cero a los sujetos que no recibieron información, uno para quienes contestaron que la calidad fue buena o excelente y dos para quienes dijeron que la información fue regular o deficiente.

Con estos tres indicadores se formó la variable "part", donde la estimación de 2 se dio a quienes recibieron de 1 a 4 temas y la calidad de la información fuera buena o excelente y cero a quienes mencionaron lo contrario.

INDICADOR:

¿El personal de salud le han brindado información sobre diabetes? (Nominal)

En caso afirmativo especifique ¿Quién? (Nominal)

1. Médico
2. Enfermera
3. Dietista
4. Trabajadora social
5. Otro

¿Qué tipo de información ha recibido? (Nominal)

1. Enfermedad y sus complicaciones
2. Relaciones familiares
3. Dieta para diabético
4. Actividades físicas

¿La calidad de información impartida la considera? (Ordinal)

1. Excelente
2. Buena

VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

De un total de 150 pacientes diabéticos de reciente diagnóstico que acuden a control en el módulo de atención ubicado en el Hospital Regional No. 1 "Gabriel Mancera", provenientes de las Unidades de Medicina Familiar de la Delegación No. 3 del IMSS, se logró entrevistar a un total de 104 individuos (69%), se excluyeron a un total de 4 (3%), por tener más de tres años de diagnóstico y discapacidad en el lenguaje.

Es importante mencionar que a los pacientes que conforman el protocolo en la primer consulta el médico les informa acerca de la enfermedad, complicaciones a corto y largo plazo y el tratamiento a seguir, haciendo la invitación para formar parte del "Club de Pacientes Diabéticos", en el cual como pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia brindamos información sobre la enfermedad, complicaciones y prevención de las mismas, dieta, como aceptar la enfermedad, además de impartir actividad física de tipo aeróbico de baja intensidad; pese a esto la asistencia a las sesiones no es muy concurrida, contando únicamente con la presencia de 20 personas (10%), de un total de 150 sujetos que conforman el protocolo.

El promedio de edad de estos pacientes fue de 56 años ($S=14$) y con un promedio general de 16 meses de evolución en la enfermedad ($S=9$). La distribución por género fue de 26% para hombres y el 74% para mujeres. En relación con la escolaridad la mayor proporción de la población cuenta con primaria 53%, seguida de secundaria 14%, analfabetas 13%.

En cuanto al estado civil se encontró que el 58% estaban casados, 21% viudos, principalmente. Con respecto a la ocupación 60% fueron amas de casa lo que representó una mayor proporción, seguida de los empleados 25%, otras 15% que comprende a panaderos, comerciantes, jubilados, etc. (Cuadro 1)

Para poder determinar si el paciente contaba con autocuidado, se conformó el índice con la suma de los pesos de cada una de las siguientes categorías: Dieta, Actividad física y el uso de medicamentos prescritos por el médico. Con autocuidado debería de llevar una dieta específica para diabético, conocer los alimentos prohibidos, realizar 2 o más días a la semana ejercicio, y que tuviera al menos 6 meses de realizarla, no haber olvidado y no encontrar dificultades en la toma de sus medicamentos.

En relación con el género se encontró que 16 (61%) de los hombres no tenían autocuidado y 10 (39%) si practicaban lo anterior. En cuanto a las mujeres se encontró que 58 (78%) no se cuidaban y 16 (22%) si lo llevaban a cabo.

De los hombres que no tenían autocuidado el promedio de edad fue de 53 años (S= 15) y de 55 años (S=16) para los que presentaron el autocuidado.

En las mujeres que no se autocuidaban el promedio de edad fue de 56 años (S=14) y para los que si se autocuidaban el promedio de edad fue de 55 años (S=16).

Por lo que se refiere a la escolaridad el total de los analfabetas 13 (100%) no realizaban el autocuidado, los que tuvieron primaria 40 (75%) resultaron sin autocuidado y solo 13 (25%) si se cuidaban, de los sujetos con secundaria 6 (43%) no practicaban el autocuidado y 8 (57%) si lo llevaban a cabo. Por lo que se refiere a los técnicos 5 (62%) presentaron no autocuidarse y solo 3 (38%) si. En relación al nivel bachillerato se encontró una mayor proporción de las personas que no se cuidan 6 (75%) y únicamente 2 (25%) practicaban el autocuidado. Del total de los profesionistas que resultaron de la población todos 4 (100%) no se cuidan.

Con relación al estado civil los individuos que estaban casados 39 (67%) no se autocuidaban y 19 (33%) si. Los viudos 15 (71%) resultaron sin autocuidado y solo 6 (29%) se cuidaban, de los sujetos que vivían en unión libre todos 5 (100%) no tenían autocuidado al igual que los divorciados 2 (100%). De los solteros 13 (93%) resultaron sin autocuidado y solo 1 (7%) realizaba lo anterior.

En cuanto a la ocupación las personas que eran amas de casa 46 (77%) no practicaban el autocuidado y 14 (23%) si. En relación con los empleados 18 (72%) resultaron sin autocuidado y 7 (28%) se autocuidaban. Los sujetos que tenían una ocupación diferente a las anteriores 10 (67%) no presentaban autocuidado y 5 (33%) si, entre las que se encontraron mecánicos, jubilados y panaderos. (Cuadro 2)

En relación con los antecedentes personales y el autocuidado se encontró que de los 100 individuos encuestados 61 (61%) no presentaban otra enfermedad de estos 46 (75%) no se cuidaban y 15 (25%) si. El resto de la población presentaba otra enfermedad de los cuales 28 (72%) no realizaban el autocuidado y 11 (28%) si practicaban lo anterior. (Cuadro 3)

Del total de la población que presentó una patología agregada a la diabetes, la hipertensión se manifestó en 27 de ellas, resultando 19 (70%) sin autocuidado y solamente 8 (30%) con él; de todos los sujetos que resultaron con lesiones en columna 3 (100%) no presentaron autocuidado, al igual que los individuos con alteraciones circulatorias 2 (100%), en el rubro asignado otra se encontraron 4 (57%) sin autocuidado y 3 (43%) con él; entre las patologías figuraron los problemas cardiacos, ginecológicos y artríticos. (Cuadro 3A)

En cuanto a la información recibida por parte del personal de salud, los sujetos que la consideraron no aceptable 35 (100%) no llevaban autocuidado, para

quienes la información fue aceptable 39 (60%) no presentaron autocuidado y 26 (40%) si. (Cuadro 4)

En relación con el personal de salud que brindo información sobre diabetes 29 dijeron recibirla por parte del médico, de estos 16 (55%) no se cuidaban y 13 (45%) si, con respecto a la información que brindo la enfermera 8 (62%) de los sujetos no llevaban el autocuidado y 5 (38%) si se cuidaban, la dietista les brindo la información a 9 (75%) sujetos que no presentaron autocuidado y 3 (25%) si; quienes dijeron que la trabajadora social les dio la información 3 (100%) no se autocuidaban, por último de los sujetos que recibieron información de otros 7 (88%) no practicaban el autocuidado y solo 1 (12%) realizaba lo anterior. (Cuadro 4A)

Del total de la población que recibió información aceptable 65 (65%), dijeron que ésta les ayudo a comprender mejor su enfermedad 26 (26%), controlar la glucosa 23 (23%), mejorar la dieta 7 (7%), para el 6 (6%) no fue suficiente y 3 (3%) les ayudo a evitar lesiones. (Cuadro 4B)

Con relación a recibir apoyo familiar de los 87 sujetos que resultaron con ausencia de apoyo 66 (76%) no se cuidaban y 21 (24%) practicaban el autocuidado. De los 13 individuos que dijeron contar con apoyo 8 (62%) no realizaban el autocuidado y 5 (38%) si. (Cuadro 5)

En cuanto a las discusiones familiares acerca del cuidado de la diabetes 86 (86%) dijo nunca presentarse, 8 (8%) una vez al mes, 3 (3%) una vez a la semana, 2 (2%) 2 o más veces a la semana, 1 (1%) diario. (Cuadro 5A)

En cuanto a la información recibida por los familiares de los pacientes del total de la población 36 (36%), dijeron que les habían hablado sobre la enfermedad y sus complicaciones 26 (26%), alimentación 4 (4%), evitar lesiones 3 (3%), relaciones familiares 2 (2%) y solo 1 (1%) sobre actividad física. (Cuadro 5B)

Con respecto al conocimiento que tenía la población encuestada 70 (70%) no tenían conocimiento acerca de la enfermedad, de los cuales 56 (80%) no presentaban autocuidado y el resto 14 (20%) si. 30 (30%) de los sujetos si tenían conocimiento de estos 18 (60%) no realizaban el autocuidado y 12 (40%) si lo llevaban a cabo. (Cuadro 6)

En lo que se refiere a la aceptación de la enfermedad por parte de los individuos 7 (64%) dijeron no aceptarla y resultaron con ausencia de autocuidado, solo 4 (36%) si se cuidaban. Los sujetos que aceptaron su enfermedad 67 (75%) no tenían autocuidado y 22 (25%) si realizaban lo anterior. (Cuadro 7)

Del total de la población 38 (38%) sujetos consideraron la diabetes como una desgracia, 16 (16%) dijo lo anterior por ser una enfermedad incurable, 10 (10%)

existe un riesgo permanente de tener complicaciones, 6 (6%) existen muchos sacrificios e inconvenientes, 5 (5%) origina sufrimiento y angustia, 1 (1%) no le gusta que se le refiera como "diabético". (Cuadro 7A)

Los cambios que el sujeto ha tenido en su vida diaria a partir de la enfermedad 53 (53%) refirió tenerlos en la alimentación y en la realización de actividad física, 24 (24%) solo realiza actividad física, 14 (14%) en la alimentación, 2 (2%) mejoró sus hábitos higiénicos, 1 (1%) cuida su peso, 1 (1%) mejoró la convivencia familiar y 5 (5%) no presentaron cambios en su vida diaria. (Cuadro 7B)

Los planes ha futuro han cambiado a partir de la enfermedad, 59 (59%) de los sujetos mencionaron que ninguno cambio, 18 (18%) algunos, 8 (8%) todos, 15 (15%) dijo nunca hacer planes. (Cuadro 7C)

En cuanto al estado de ánimo presentado por los individuos se encontró que en quienes el estado de ánimo cambio mucho 13 (87%) no llevaban autocuidado y únicamente 2 (13%) si se autocuidaban, en quienes el estado de ánimo cambio poco 27 (66%) no se cuidaba y 14 (34%) si, para quienes su estado de ánimo no cambio 34 (77%) no presentaron autocuidado y 10 (23%) si. (Cuadro 7D)

En lo que se refiere a la opinión que las personas tenían acerca de la dieta como parte del tratamiento del paciente diabético, 57 dijeron que únicamente controlaba la glucosa de estos 43 (75%) resultaron sin autocuidado y 14 (25%) si lo llevaban a cabo; quienes opinaron que controlaba la glucosa y bajaba de peso la proporción fue igual en los que no realizaban autocuidado 7 (50%) como en los que practicaban lo anterior 7 (50%); para quienes dijeron que mejora la salud en 12 (86%) el autocuidado estaba ausente y en 2 (14%) si se presentaba; de los sujetos que mencionaron que era buena pero no sabían porque 4 (67%) no se autocuidaban y 2 (33%) si; los que opinaron que la dieta era buena pero difícil de llevar a cabo 8 (89%) no llevaban el autocuidado y 1 (11%) si se cuidaban. (Cuadro 8)

Del total de la población 47 (47%) de los sujetos no presentó dificultad para seguir su dieta, 53 (53%) refirió si tenerla en la que destaca, la falta de información 21 (21%), recursos económicos 16 (16%), tiempo 9 (9%), desinterés 5 (5%), otros 2 (2%). (Cuadro 8A y 8B)

Con base en los valores de glucosa plasmática de los individuos sin autocuidado se encontró la siguiente distribución 23 (31%) sujetos con cifras de 70 a 126 mg/dl 18 (24%), de 127 a 140 mg/dl, 33 (45%) con 141 mg/dl o más. En los sujetos que si tenían autocuidado 11 (22%) se encontraron dentro del primer grupo, 5 (40%) en el segundo y 10 (38%) en el tercero. (Cuadro 9)

De acuerdo con la opinión de los sujetos con respecto a la actividad física, se encontró que 35 (76%) no se cuidaban y 11 (24%) si, lo anterior se observó en

quienes dijeron que controla la glucosa, los individuos que opinaron que mejora la salud 18 (75%) no se cuidaban y 6 (25%) si realizaban el autocuidado, quienes opinaron que los mantiene activos la proporción de los que no realizan el autocuidado como de los que si, fue de 5 (50%) respectivamente, los sujetos que opinaron que alivia el estrés 6 (60%) no se cuidaban y 4 (40%) si, por último para quienes la actividad física fue difícil 4 (100%) y no importante 6 (100%) todos resultaron sin autocuidado. (Cuadro 10)

El tipo de actividad física realizada por los sujetos con mayor proporción fue la caminata 45 (45%), seguida de los aeróbicos 16 (16%), correr 10 (10%), caminar y correr 9 (9%), otros 7 (7%) entre los que se encuentra la natación, yoga y fútbol. Se encontró que 13 (13%) de los sujetos solamente del total de la población no realizaban actividad física específica como parte del tratamiento, 4 (4%) menciono que por falta de tiempo, 8 (8%) por desinterés, 1 (1%) por discapacidad. (Cuadro 10A y 10B)

Al relacionar la prevención de complicaciones con el autocuidado en los individuos que no realizaban las medidas preventivas 18 (82%) no practicaban el autocuidado y únicamente 4 (18%) si. En quienes si realizaban actividades de prevención 56 (72%) no se cuidaban y 22 (28%) practicaban el autocuidado. (Cuadro 11)

Del personal de salud, que muestra mayor interés en el seguimiento de su tratamiento según los pacientes, es el médico 68 (68%), enfermera 19 (19%), dietista 11 (11%) y la trabajadora social 2 (2%). (Cuadro 12)

Con base en la Clasificación de Obesidad del Comité de Expertos de la OMS los parámetros para clasificar a la obesidad, basados en el Índice de Masa Corporal (IMC), clasifica en bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad tipo I, II y III; se encontró que los sujetos que presentaron un peso normal 11 (61%) no se cuidaban y 7 (39%) si, con sobrepeso 26 (68%) no practicaban el autocuidado y 12 (32%) si realizaban lo anterior, los sujetos con obesidad tipo I 35 (83%) no tenían autocuidado y en 7 (17%) se encontraba presente, por último en todos los sujetos con obesidad tipo II 2 (100%) el autocuidado estuvo ausente. (Cuadro 13)

El análisis de riesgo mostró que el no tener conocimiento acerca de la diabetes fue el factor más fuertemente asociado para no practicar el autocuidado, representando 2 veces mayor riesgo Razón de Momios (RM=2.26); en comparación con los individuos que si tenían conocimiento (Intervalo de confianza (IC_{95%}) 1.04 - 6.80; Ji Cuadrada (Ji²) 4.36; p=0.037).

Existe un exceso de riesgo de 26% de no tener autocuidado si se es mujer en comparación con los hombres (RM 2.26; IC_{95%} 0.86 - 5.94; Ji² 2.83; p=0.092).

Si existía el antecedente de una o más patologías agregadas en el paciente diabético, se encontró 20% de exceso de riesgo de no tener autocuidado (RM 1.20; IC_{95%} 0.48 - 2.99; Ji² 1.62; p=0.68) en comparación con los que no tenían el antecedente.

La ausencia de apoyo familiar, presenta casi 2 veces mayor riesgo (RM 1.96; IC_{95%} 0.58 - 6.65; Ji² 1.20; p=0.27) de no presentar el autocuidado cuando se comparo con aquellos sujetos que el apoyo familiar estaba presente.

A su vez la aceptación de la enfermedad en el individuo tuvo un riesgo 1.75 veces más para no llevar a cabo el autocuidado (RM 1.75; IC_{95%} 0.46 - 6.51, Ji² 0.69; p=0.40), en comparación con los que no aceptaban su enfermedad.

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De los factores de riesgo relacionados con la falta de autocuidado, el conocimiento que el sujeto presentó con respecto a la enfermedad fue el único que resultó estadísticamente significativo; sin embargo, para los otros factores que se encontraron relacionados fue insuficiente la muestra, para determinar su asociación, por tal motivo analizaremos primero los resultados obtenidos de este factor y posteriormente analizaremos el resto de la información con base en el orden de los cuadros.

La influencia que tiene el conocimiento de la enfermedad para el autocuidado del paciente diabético se ve reflejada en las actividades diarias que este lleva a cabo para el control metabólico, lo anterior se observó en los 100 pacientes encuestados, de los cuales solo el 26% practicaban el autocuidado, el resto 74% no; de este último un gran porcentaje 80% no tenía conocimiento de lo que era la diabetes ni los daños que esta ocasiona cuando no se controla adecuadamente. Los estudios realizados sobre el tema demuestran que un paciente que conoce su enfermedad es capaz de llevar una vida más productiva y enfrentar con mayor capacidad su problema, que otro sin conocimiento.

En un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco ⁽²⁾ en el año de 1989, en una muestra de 121 pacientes se encontró que solo 20 contaban con control metabólico y esto se relacionaba con la falta de conocimiento. Podríamos considerar importante que nuestra población estudiada debido al tiempo que lleva con la enfermedad (16 meses) aún no se encuentra concientizada para adaptarse a un nuevo estilo de vida. De acuerdo con lo anterior resulta alarmante que exista una gran población de diabéticos desprotegidos expuestos a sufrir las consecuencias de un mal control metabólico a corto plazo, por que si bien es cierto que la diabetes no se cura, se puede controlar su evolución y no convertirse en un problema grave que lleve al paciente a solicitar atención médica en hospitales de segundo o tercer nivel de atención, cuando este daño se pueda prolongar a mayor edad.

En cuanto a la distribución por género fue bastante heterogénea 76 mujeres y sólo 26 hombres siendo estos los que más autocuidado tenían, esto podría deberse a que de alguna manera el hombre cuenta generalmente con el apoyo de su esposa, madre o hijas quienes muchas veces se encargan de preparar los alimentos, vigilar la realización de las indicaciones dadas por el médico, sin embargo podría darse el caso que en algunas situaciones esto no fuera así.

Con relación al estado civil resultaron los casados y los viudos ser los que más autocuidado presentaron, la explicación que se encuentra a esta situación es que pertenecer y/o formar parte de un grupo social tan importante como es la familia, el individuo encuentra en ella el recurso necesario para mantener y conservar su

salud, influyendo en él de una forma afectiva y solidaria por tal motivo aunque no se cuente con la pareja siempre existirá en la familia el delegar las actividades para conservar la funcionalidad de esta.

Con respecto a la escolaridad pareciera ser que los extremos tienen el mismo riesgo de no autocuidarse al ser los analfabetas y los profesionistas los más sensibles para no llevar un adecuado autocuidado, los resultados obtenidos en los diversos estudios que se han realizado al respecto solo podrían justificar el hecho de que al no contar con instrucción educativa, el individuo tiene más dificultad para entender lo que le pasa y actuar de acuerdo a su situación.

En cuanto a la ocupación sucede algo curioso se encontró que las amas de casa son quienes acuden con mayor regularidad al médico; pero en realidad resultaron ser quienes menos se cuidan, por lo que consideramos que solo acuden para confirmar que se encuentran "bien" asegurando así el bienestar de la familia; con el seguimiento de las indicaciones del médico siempre y cuando no se vea afectada la situación familiar, de ser así siempre estará su familia antes que ella, con lo que se disminuye la posibilidad de un buen control metabólico.

En lo que se refiere a presentar otra enfermedad pareciera ser que las personas que presentan alguna otra alteración tienen mayor posibilidad de autocuidado, no se encontraron estudios sobre lo anterior, por lo que podemos decir que los individuos con otra patología se encuentran más sensibilizados y concientes de su situación, mostrando mayor interés en el cuidado de su salud. En algún momento se pensó en la ausencia de enfermedades en estos pacientes por ser de reciente diagnóstico; pero esto no fue así resultando un gran porcentaje de hipertensos y con alteraciones cardíacas, lo cual se puede relacionar con la edad ya que la mayoría de nuestra población se encuentra con un promedio de edad de 56 años; sin embargo la presencia de estas patologías también puede deberse a que la intolerancia a la glucosa, la hiperinsulinemia e hiperglucemia no detectadas oportunamente pueden favorecer la presencia de daño no manifiesto.

De la información a la que el paciente ha tenido acceso el 39% de los que no tenían autocuidado dijeron que fue aceptable, de las personas que resultaron con autocuidado, todas dijeron que la información recibida fue aceptable porque logro cambios en su vida diaria tales como el control de la glucosa. Quienes se encargaron de dar la información para ambos casos fueron el médico y la enfermera lo cual nos hace ver que si a existido interés y preocupación por parte del personal de salud, para orientar a la población diabética, pero esta no ha sido suficiente para cubrir las necesidades de dichos individuos.

En cuanto al apoyo familiar pareciera ser que este no resultó de mucho peso para determinar que una persona cuide su salud, aunque de acuerdo al porcentaje están más cerca del autocuidado aquellas personas que cuentan con la cercanía de algún familiar que los impulsen al éxito de la terapéutica médica, en

comparación con aquellos que carecen de ello, en un estudio realizado en Durango ⁽³⁴⁾ sobre la importancia del apoyo familiar para el control metabólico, se observó que para los paciente contar con alguien que los ayude a seguir con el tratamiento es realmente importante, y que en los casos donde se contaba con dicho apoyo este se veía minado cuando el familiar carecía de información. En nuestra población sólo 26 miembros de diferentes familias dijeron contar con información, hecho que explica la disminución y la ausencia de dicho apoyo.

Se encontró que el hecho de aceptar que tienen diabetes resultó ser un factor de riesgo para no tener autocuidado, en comparación con los no aceptaron estar enfermos. La probable explicación a dicho evento es que realmente los sujetos que no aceptan su enfermedad disminuyen su capacidad de percepción, la cual influye enormemente en el seguimiento del régimen terapéutico; por lo consiguiente es necesario que el paciente se sienta bien apoyado en la vida para ser capaz de afrontar mejor las situaciones estresantes. El paciente diabético, en concreto, necesita apoyo por parte de los profesionales de salud, la familia y las amistades.

De los sujetos (38%) que consideraron a la diabetes como una desgracia posiblemente se deba a que el paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad familiar, además de experimentar un cambio en el estado de ánimo en más de la mitad de la población relacionado con el padecimiento crónico, la pérdida de la salud y la disminución de las expectativas de vida; sin embargo, lo anterior puede disminuir gradualmente mientras se adhiere a la terapéutica dietética, higiénica y médica.

De los cambios en su vida diaria los que representaron mayor proporción en los individuos son básicamente la dieta y la actividad física, además de cambiar los planes a futuro, lo cual significa un cambio en la conducta para el mantenimiento del bienestar adquirido, probablemente por la conciencia, motivación aprendizaje y destreza.

En cuanto a la opinión que los pacientes tenían acerca de la dieta más de la mitad de la población dijeron que controla los niveles de glucemia, lo anterior nos hace pensar que el sujeto con adiestramiento en nutrición es capaz de realizar cambios en sus hábitos alimenticios, de tal manera que puedan mejorar su nutrición reduciendo los factores de riesgo de la diabetes a largo plazo.

La presencia de dificultades en el seguimiento de la dieta corresponde a un 53% entre las que se encuentra principalmente la falta de información, lo anterior nos haría pensar en un reto ya que el paciente diabético necesita de adiestramiento en el automanejo de la nutrición con la finalidad de resolver los problemas que atañen la salud y facilitar la adquisición de habilidades para alcanzar niveles superiores de bienestar.

Más de la mitad de la población tenían las cifras de glucosa de 140 mg/dl, al momento del cuestionario, lo que haría pensar que en ese momento estarían controlados. Esto contrasta con el alto porcentaje que no tenían autocuidado, quizás si hubiéramos tomado la hemoglobina glucosilada, hubiera reflejado mejor el control metabólico de los pacientes por ser una prueba que determina el valor promedio de la glucemia en las 4 a 8 semanas previas.

A pesar de que la población opina que la realización de la actividad física es un elemento esencial en el control de la diabetes mellitus, podemos resaltar que aún así gran parte de los sujetos resultó sin autocuidado, siendo las principales causas la falta de tiempo, el desinterés y la discapacidad; en cuanto a la población que realizaba la actividad física esta era de tipo aeróbico de baja intensidad, la cual de acuerdo a la bibliografía es la más indicada, ya que se utilizan grandes grupos musculares activando los receptores de insulina y por ende disminuye los niveles de glucemia.

El IMC en la mayor parte de la población se encontró por arriba de 27 kg/m² considerando la Clasificación de Obesidad del Comité de Expertos de la OMS, lo anterior se presenta como un factor de riesgo importante para la aparición de enfermedades vasculares.

IX. CONCLUSIONES

El surgimiento de las patologías definidas como crónicas degenerativas en las últimas décadas, como lo es la diabetes mellitus que prevalece en el 2% de la población general, se traduce como un grave problema en materia de salud pública, resultando importante conocer la ejecución de actividades que los pacientes inician y hacen por sí mismos para resolver los problemas que atañen su enfermedad desde el ambiente social, emocional y físico que los rodea.

Considerando el tamaño de la muestra que fue pequeña y debido a la heterogeneidad de la muestra en cuanto al género, se lograron alcanzar los objetivos planteados, realizando las siguientes conclusiones:

Existe una gran población de diabéticos en riesgo para no realizar el autocuidado, el cual depende de un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad, en las que el tomar los medicamentos, realizar la actividad física y adherirse a la dieta adquieren un papel igualmente preponderante.

En la muestra predominaron las mujeres sin autocuidado y por ende un control metabólico menor.

En este estudio se encontraron evidencias de que el autocuidado se asocia significativamente con la falta de información que los pacientes tienen sobre la diabetes.

No se encontró una fuerte asociación estadística entre el autocuidado y la falta de apoyo familiar; sin embargo se requiere del desarrollo de un proceso educativo sobre la diabetes dirigido a modificar las actitudes, y a mejorar las habilidades y los conocimientos del paciente y sus familiares, para reforzar las acciones de apoyo en el núcleo familiar.

Al parecer la información sobre diabetes mellitus difundida por parte del personal de salud, fue aceptable según la opinión de los pacientes, modificando su nivel de conocimientos sobre la enfermedad, pero no así en la práctica del autocuidado; lo que pudiera deberse a la falta concomitante de cambios en la conducta de los pacientes con respecto a su enfermedad y al déficit de sensibilización con respecto al automanejo de la diabetes, esencial para lograr un bienestar desde el punto de vista físico como desde la perspectiva psicosocial, de tal forma que se encuentre preparado para realizar elecciones positivas, con respecto al cuidado de su enfermedad.

La situación emocional de los individuos no logró asociarse con la práctica del autocuidado, aún cuando los pacientes refirieron aceptar su enfermedad, éstos no presentaron actitudes favorables ante la misma.

La presencia de otra patología agregada a la diabetes en cierta forma logra la práctica del autocuidado, el cual les permite tener un equilibrio dentro del fenómeno de salud – enfermedad generado por la diabetes mellitus.

Gran parte de la población en estudio previene y/o retarda la aparición de complicaciones agudas ó crónicas, haciendo mayor énfasis en las segundas, hecho que puede traducirse por ser más frecuentes en los diabéticos tipo 2.

Es claro, que lograr en el individuo el control metabólico a través del autocuidado no es fácil, pero tampoco es imposible pero esto se puede lograr si como personal de salud nos involucramos y nos comprometemos con el paciente.

Como pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia obtuvimos la oportunidad de participar en el “Club de Pacientes Diabéticos”; en donde participamos activamente realizando actividades de educación para la salud impartiendo información con base a la necesidad de cada miembro, enfocándose a la modificación de estilos de vida y a la aceptación de la enfermedad; haciendo énfasis en que ellos eran la parte más importante del tratamiento y que nosotras solo participábamos como orientadoras y/o guías; mostrándoles el camino a seguir, pero eran ellos los responsables de su salud; tratamos que los pacientes sintieran confianza y expresaran sus temores, dudas, opiniones, etc; lo que en algún momento nos permitió adentrarnos más allá de su enfermedad, es decir establecimos una relación diferente rompiendo la barrera que en ocasiones existe entre la enfermera (o) y el paciente, haciéndolos sentir lo importante que eran para nosotras brindándoles apoyo en la continuidad de la dieta y la actividad física para su control metabólico, sensibilizándolos en la aceptación de la enfermedad haciéndoles saber que no son los únicos y que el ser diabético no significa que estén destinados a permanecer hospitalizados el resto de su vida, razón por la que se considera importante que acudan a las sesiones lo cual les permite interactuar con otras personas que presentan las mismas características y necesidades.

X. PROPUESTA

Debido al incremento que la diabetes ha tenido en los últimos años, es necesario que el personal de salud se desempeñe como un facilitador en el proceso enseñanza – aprendizaje compartiendo la responsabilidad de identificar las necesidades individuales y familiares de cada persona con la finalidad de planificar y coordinar actividades, que permitan lograr un control metabólico y la erradicación de complicaciones a largo plazo.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe considerar la educación para la salud como un elemento importante que permita dirigir acciones en el individuo y en su familia, desarrollando conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que aumenten su capacidad, responsabilidad y autonomía para la toma de decisiones sobre el tratamiento de su enfermedad, no basta con solicitar al individuo que asista a consultas periódicas para el control de su diabetes, si no que la acción del personal deberá ir más allá debiendo hacer un compromiso real que motive al paciente y a su familia a una nuevo cambio en el estilo de vida por lo que la tarea para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia no es fácil, ya que deberá poner en práctica todas sus habilidades y conocimientos adquiridos durante el proceso de formación, con el objetivo de aumentar la autosuficiencia de las personas, al poner a su alcance información confiable y de calidad, con lo que asegure una respuesta positiva sobre su conducta terapéutica y por lo tanto, en el control de su diabetes.

Es necesario que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia realice investigaciones en la población diabética, en virtud de que la enfermedad requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos para quienes ha tenido mayor prioridad el uso de medicamentos orales o inyectados; por lo que es necesario que las investigaciones se conduzcan en relación con la vigilancia, prevención, tratamiento y control adecuado de la diabetes para que contribuyan a retardar o evitar las complicaciones y con ello la muerte temprana.

Ahora bien, para investigar, el personal de enfermería debe estar alerta ante cualquier situación que pueda ser objeto de esta y desarrollar habilidades para identificar los estudios al respecto, así como para organizar la información obtenida en disposición a su aplicación. El éxito que pueda tener la aplicación de los datos obtenidos en la investigación a la práctica de la enfermería dependerá de las habilidades del personal de dicha profesión para juzgar el valor científico del estudio, determinar que datos pueden aplicarse a una situación clínica particular y/o a un grupo de pacientes, y considerar otros aspectos de la práctica, como las implicaciones éticas, las políticas institucionales, el aumento de los costos; etc. No hay duda de que para que una profesión progrese y se consolide, la investigación es la base. En el caso de la enfermería el reto es, sin duda, más grande.

El modelo de Orem ha causado un profundo impacto en la práctica, educación y administración de enfermería y sus ideas han hecho una importante contribución en la búsqueda para definir la naturaleza y limitantes de enfermería, al tiempo que proporciona un marco conceptual para guiar y facilitar la práctica enfermera, Orem ha creado un modelo útil para la planificación de los cuidados de todos aquellos que requieren la ayuda del sistema de cuidados de la salud.

La enfermería y las enfermeras deben contemplar este modelo de la forma que ellas creen que es adecuado para facilitar la práctica, la investigación y el desarrollo de nuevos conocimientos.

El modelo de Orem, cuando se comprende puede aplicarse a una amplia variedad de situaciones prácticas, que requerirá de imaginación y un compromiso en su uso para esforzarse por lograr los más altos estándares de cuidados de enfermería.

Con el propósito de proporcionar de manera activa a las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento y facilitar su capacitación, consideramos que la creación de grupos de ayuda mutua o "Club de Pacientes Diabéticos", en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, servirá como estímulo para la adopción de estilos de vida saludable como actividad física, alimentación idónea, automonitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento.

Ahora bien, la presencia de la enfermería como una profesión de servicio humano debe utilizar métodos para ayudar a otra persona a realizar, una tarea o satisfacer una necesidad que permita superar o compensar las limitaciones existentes y las que empiezan a aparecer por medio de la guía, apoyo y enseñanza.

Es vital promover dentro de estos grupos, la participación de los familiares de los pacientes, a fin de facilitar el manejo no farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Eloy M. Diabetes Mellitus participación de enfermería. Rev. Desarrollo Científ Enferm 1997; 5 (8): 11-14.

Aldrete MG. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Pública Mex 1993; 35 (5): 464-469.

Alonso Pérez M; Caeiro Quintero S; Cachaldora Del Río JA; y Cols. Arterioesclerosis aortoiliaca de los miembros inferiores, de los troncos digestivos y las arterias renales. Síndromes clínicos y actitudes terapéuticas. Medicine 1996; 7 (27): 1129-1136.

American Diabetes Association: Medical management of type 2 Diabetes. 4ª Ed. Clinical Education Series, 1998.

American Diabetes Association: Therapy for Diabetes Mellitus and related disorders. 3ª Ed. Clinical Education Series, 1998.

American Heart Association. Reducir los riesgos cardiovasculares. Nursing 1998; 16 (1): 37-38.

Ariza Andraca R. Neuropatía diabética. Actualidades en medicina interna 1999; (7): 25-32.

Bluhm J. Ayude a los familiares en crisis a soportarla. Nursing 1998; 6 (4): 32-37.

Cabrera Pivaral CE; Novoa Menchaca A; Centeno López NM. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública Méx 1991; 33 (2): 166-172.

Castillo Alvarez E. Insuficiencia venosa periférica. Revisiones Bibliográficas para el Médico General 1999; 4 (7): 37-40.

Cryer PE; Fisher JN; Shamon H. Hypoglycemia. Diabetes Care 1994; 17: 34-55.

Chavarría González S. Urgencias médicas. México: Prensa, 1998: 97-116.

Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993.

Durán Hernández G. La actividad física como parte del tratamiento no farmacológico en la prevención y control de la diabetes mellitus. Salud comunitaria 1996; 3 (1): 19-25.

Drass Janice A. Cuidar al paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. Nursing 1997; 15 (2): 34-35.

Eden Kilgour S; Beberly M. Comprender la valoración neurovascular. Nursing 1994; 12 (4): 35-37.

Escobedo de la Peña J; Rico Verdín B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Méx 1996; 38 (4): 236-242.

Fellows E; Jocz AM. Enfermedad arterial de las extremidades inferiores. Nursing 1992; 10 (5): 16-25.

Freedman R. Enfermería de salud pública. México: Interamericana, 1971: 4-38.

Gaunetlett Beare P; Myers J. Enfermería principios y práctica. España: Panamericana, 1993: I – III: 1337.

García Viveros M. Páginas de salud pública. Salud Pública Méx 1998; 4 (1): 105-107.

Halabe J; Litshitz A; López J y cols. El internista. Medicina interna para el internista. México: Mc Graw Hill, 1997: 1430.

Harrison y cols. Principios de Medicina Interna. 13ª Ed. México: Interamericana, 1994: II; 3029.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín estadístico. IMSS, 1997.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Psicoterapia dirigida a familia de bajos recursos. IMSS, 1993: 31 (6).

Leahy Kathleen M; Cobb M y cols. Enfermería para la salud de la comunidad. México: Prensa médica, 1980: 445.

López Antuño S; López Antuñano FJ. Diabetes Mellitus y lesiones del pie. Salud Pública Méx 1998; 40 (3): 281-292.

Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª Ed. España: Mosby, 1994: 530

Méndez J; Zarzosa E; Islas S y cols. Manifestaciones y avances de las alteraciones sanguíneas y vasculares en diabetes mellitus. Fase inicial. Rev Med IMSS 1995; 33 (3): 321-325.

- Mitchell Helen S. Nutrición y dieta 16ª Ed. México: Interamericana, 1978: 566.
- Mustard Harry; Stebbins Ernest. Introducción a la salud Pública. México: Prensa Médica Mexicana, 1982: 304.
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Twenty – Third. Stree, N.W. Washington, D.C; 1988: 1-88.
-
- Pérez De la Plaza E; Fernández Espinoza A. Manual de enfermería práctica. México: Interamericana, 1992: 649.
- Pérez Pasten E; Barranca Uribe C; Hernández Gutierrez I. Educación en la diabetes mellitus. México: Interamericana, 1993: I; 977.
- Robles Silva L. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública Mex 1995; 37 (3): 187-195.
- Rodríguez Morán M; Guerrero Romeo JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Mex 1997; 39 (1): 44-47.
-
- Sánchez Azcona J. Familia y sociedad. México: Cuaderno de Joaquín Martínez, 1976:98.
- Shines, BD; Hennen KB. Medicina Familiar: Guía Práctica. México: Mc Graw Hill, 1983: 549.
- Sieggren M; Maklebust J. Actuaciones ante las úlceras de las piernas. Nursing 1997; 10 (5): 16-25.
- Smith D; Hanley Germain C. Medicina y cirugía para enfermeras. México: Interamericana 1975: 767.
- Sloan H; Abel R. Alteración de la sensibilidad de los pies. Nursing 1999; 17 (4): 26-27.
- Tomky D. Diabetes mirar con otros ojos a un viejo adversario. Nursing 1998; 16 (4): 9-13.
- Waltman Richard E. La relación con los pacientes ancianos y con sus familiares. Nursing 1992: 10 (4): 47-48.
- Weller FB. Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud. México: Interamericana, 1997: 1056.
- Whinney Ian. Medicina de familia. México: Doyma, 1995: 391.

CUADRO No 1
ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES
CON RECIENTE DIAGNOSTICO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 (RDDMT2), HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
GENERO		
FEMENINO	74	74
MASCULINO	26	26
TOTAL	100	100
ESCOLARIDAD		
ANALFABETA	13	13
PRIMARIA	53	53
SECUNDARIA	14	14
TECNICO	8	8
BACHILLERATO	8	8
PROFESIONAL	4	4
TOTAL	100	100
ESTADO CIVIL		
CASADO (A)	58	58
VIUDO (A)	21	21
UNION LIBRE	5	5
DIVORCIADO (A)	2	2
SOLTERO (A)	14	14
TOTAL	100	100
OCUPACION		
AMA DE CASA	60	60
EMPLEADO	25	25
OTRA	15	15
TOTAL	100	100

FUENTE: Encuesta realizada en el H.G.R. "Gabriel Mancera"
 por pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

CUADRO No 2
AUTOCUIDADO Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE
LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
GENERO					
MASCULINO	16	61	10	39	26
FEMENINO	58	78	16	22	74
TOTAL	74	74	26	26	100
ESCOLARIDAD					
ANALFABETA	13	100			13
PRIMARIA	40	75	13	25	53
SECUNDARIA	6	43	8	57	14
TECNICO	5	62	3	38	8
BACHILLERATO	6	75	2	25	8
PROFESIONAL	4	100			4
TOTAL	74	74	26	26	100
ESTADO CIVIL					
CASADO (A)	39	67	19	33	58
VIUDO (A)	15	71	6	29	21
UNION LIBRE	5	100			5
DIVORCIADO (A)	2	100			2
SOLTERO (A)	13	93	1	7	14
TOTAL	74	74	26	26	100
OCUPACION					
AMA DE CASA	46	77	14	23	60
EMPLEADO	18	72	7	28	25
OTRA	10	67	5	33	15
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 3
AUTOCUIDADO Y LA PRESENCIA DE OTRA ENFERMEDAD
EN LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
OTRA ENFERMEDAD					
NO	46	75	15	25	61
SI	28	72	11	28	39
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 3A
AUTOCUIDADO Y LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS PRESENTADAS
POR LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
PATOLOGIA					
HIPERTENSION	19	70	8	30	27
LESION COLUMNA	3	100			3
ALT. CIRCULATORIAS	2	100			2
OTRA	4	57	3	43	7
TOTAL	28	72	11	28	*39

*La población restante (61) no presentó otra enfermedad

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 4
REALIZACION DE AUTOCUIDADO E INFORMACION RECIBIDA POR LOS
PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
INFORMACION					
NO ACEPTABLE	35	100			35
ACEPTABLE	39	60	26	40	65
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 4A
PERSONAL DE SALUD QUE BRINDO INFORMACION Y SU
RELACION CON EL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES
CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
PERSONAL DE SALUD					
MEDICO	16	55	13	45	29
ENFERMERA	8	62	5	38	13
DIETISTA	9	75	3	25	12
TRAB. SOCIAL	3	100			3
OTROS	7	88	1	12	8
TOTAL	43	66	22	34	*65

*La población restante (35) no recibió información y/o no fue aceptable

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 4B
OPINION DE LOS PACIENTES CON RDDMT2 DEL HGR
"GABRIEL MANCERA" QUE RECIBIERON INFORMACION.

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
OPINION		
CONTROLA GLUCOSA	23	23
COMPRENDI MI ENFERMEDAD	26	26
EVITO LESIONES	3	3
MEJORE MI DIETA	7	7
NO FUE SUFICIENTE	6	6
TOTAL	*65	65

*El resto de la población (35) no recibieron información.

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 5
APOYO FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
APOYO FAMILIAR					
SIN APOYO	66	76	21	24	87
CON APOYO	8	62	5	38	13
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 5A
DISCUSIONES FAMILIARES EN LOS PACIENTES
CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
DISCUSIONES		
NUNCA	86	86
1 VEZ AL MES	8	8
1 VEZ A LA SEMANA	3	3
2 ó MAS EN LA SEMANA	2	2
DIARIO	1	1
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 5B
INFORMACION RECIBIDA POR LOS FAMILIARES DE
LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
TIPO DE INFORMACION		
ENF. Y COMPLICACIONES	26	26
RELACIONES FAMILIARES	2	2
ALIMENTACION	4	4
ACTIVIDAD FISICA	1	1
EVITAR LESIONES	3	3
TOTAL	*36	36

*El resto de los familiares de la población (64) no recibieron información.

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 6
AUTOCUIDADO Y EL CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD
EN LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
CONOCIMIENTO					
SIN CONOCIMIENTO	56	80	14	20	70
CON CONOCIMIENTO	18	60	12	40	30
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 7
PRESENCIA DE AUTOCUIDADO Y LA ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD
EN PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
ACEPTACION					
NO	7	64	4	36	11
SI	67	75	22	25	89
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 7A
LA DIABETES UNA DESGRACIA LOS PACIENTES
CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
CAUSAS		
ENF. INCURABLE	16	16
RIESGO PERMANENTE DE COMP.	10	10
ORIGINA SUFRIMIENTO	5	5
ME REFIERAN "DIABETICO"	1	1
EXISTEN SACRIFICIOS	6	6
TOTAL	*38	38

*El resto de la población (62) no consideró a la diabetes una desgracia

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 7B
CAMBIOS MANIFESTADOS POR LOS PACIENTES CON
DE RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
CAMBIOS		
ALIMENTACION	14	14
CUIDO MI PESO	1	1
ACTIVIDAD FISICA	24	24
CONVIVENCIA FAMILIAR	1	1
AC. FISICA Y ALIMENTACION	53	53
HABITOS HIGIENICOS	2	2
SIN CAMBIOS	5	5
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 7C
PLANES A FUTURO QUE CAMBIARON A PARTIR DE LA
PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES
CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA ".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
PLANES A FUTURO		
TODOS CAMBIARON	8	8
ALGUNOS CAMBIARON	18	18
NINGUNO CAMBIO	59	59
NUNCA	15	15
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 7D
AUTOCUIDADO Y ESTADO DE ANIMO MANIFESTADO
POR LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
CAMBIO DE ANIMO					
MUCHO	13	87	2	13	15
POCO	27	66	14	34	41
NADA	34	77	10	23	44
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No.8

OPINION DE LA DIETA Y SU RELACION CON EL AUTOCUIDADO
PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
OPINION DIETA					
CONTROL GLUCOSA	43	75	14	25	57
CONTROLA GLUCOSA					
Y PESO	7	50	7	50	14
MEJORA LA SALUD	12	86	2	14	14
BUENA PERO NO					
SABE PORQUE	4	67	2	33	6
BUENA Y DIFICIL	8	89	1	11	9
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 8A

PRESENCIA DE DIFICULTADES PARA LLEVAR LA DIETA SEGÚN
LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
DIFICULTAD		
SI	53	53
NO	47	47
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 8B

PRINCIPALES DIFICULTADES QUE ENCUENTRAN PARA
LLEVAR UNA DIETA LOS PACIENTES CON
RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
DIFICULTAD		
RECURSOS ECONOMICOS	16	16
FALTA DE TIEMPO	9	9
FALTA DE INFORMACION	21	21
DESINTERES	5	5
OTRA	2	2
TOTAL	*53	53

*El resto de la población (47) no presentó dificultades para seguir la dieta.

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 9
AUTOCUIDADO Y NIVELES DE GLUCEMIA EN LOS PACIENTES
CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
GLUCOSA MG/DL					
70 - 126	23	31	11	22	34
127 - 140	18	24	5	40	23
141 ó MAS	33	45	10	38	43
TOTAL	74	100	26	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No 10

OPINION SOBRE ACTIVIDAD FISICA Y LA PRESENCIA DE AUTOCUIDADO
EN LOS PACIENTES CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
OPINION					
CONTROL GLUCOSA	35	76	11	24	46
MEJORA LA SALUD	18	75	6	25	24
MANTIENE ACTIVO	5	50	5	50	10
ALIVIA ESTRÉS	6	60	4	40	10
DIFICIL	4	100			4
NO IMPORTANTE	6	100			6
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 10A
PRINCIPALES ACTIVIDADES FISICAS
REALIZADAS POR LOS PACIENTES RDDMT2,
HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
ACTIVIDAD FISICA		
CAMINAR	45	45
CORRER	10	10
CAMINAR Y CORRER	9	9
AEROBICS	16	16
OTROS	7	7
TOTAL	*87	87

*El resto de la población (13) no realiza actividad física.

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 10B
PRINCIPALES OBSTACULOS MANIFESTADOS
POR LOS PACIENTES CON RDDMT2,
HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
CAUSAS		
FALTA DE TIEMPO	4	4
DESINTERES	8	8
DISCAPACIDAD	1	0
TOTAL	*13	13

*El resto de la población (87) si realiza actividad física.

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 11
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES REALIZADAS Y LA PRESENCIA
DE AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON RDDMT2
HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
PREVENCIÓN					
NO	18	82	4	18	22
SI	56	72	22	28	78
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 12
PERSONAL DE SALUD QUE MAS SE INTERESA
EN EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO
SEGÚN LOS PACIENTES CON RDDMT2,
HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	No	(%)
PERSONAL DE SALUD		
MEDICO	68	68
ENFERMERA	19	19
DIETISTA	11	11
TRABAJADORA SOCIAL	2	2
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

CUADRO No 13
RELACION DE AUTOCUIDADO E IMC EN LOS PACIENTES
CON RDDMT2, HGR "GABRIEL MANCERA".

MARZO - MAYO 2000

VARIABLE	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO		TOTAL
	No	(%)	No	(%)	
IMC					
NORMAL	11	61	7	39	18
SOBRE PESO	26	68	12	32	38
OBESIDAD I	35	83	7	17	42
OBESIDAD II	2	100			
TOTAL	74	74	26	26	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
 DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

**CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA
 FALTA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE
 DIABETES MELLITUS TIPO 2**

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
1. FOLIO _____	2 Fecha _____		1
3. Nombre _____			
4. No. de Afiliación _____			
5. Sexo 0) Masculino 1) Femenino			5
6. Edad _____			6
7. Escolaridad			7
1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria			
4) Técnico 5) Bachillerato 7) Profesional			
8. Estado Civil			8
1) Casada (o) 2) Viuda (o) 3) Unión libre 4) Divorciada (o) 5) Soltera (o)			
9. Ocupación			9
1) Hogar 2) Empleado (a) 3) Estudiante 5) Otra _____			
10. Teléfono _____			
II. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS			
11. ¿Desde hace cuanto tiempo padece diabetes? _____			11
12. ¿Padece otra enfermedad? 0) No 1) Si			12
13. ¿Cuál? _____			
III. CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES			
14. ¿Qué es para usted la diabetes?			14
1) Enfermedad			
2) Enfermedad crónico – degenerativa, con aumento de la glucosa sanguínea			
3) Enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de la glucosa sanguínea debido a la deficiencia del páncreas para producir insulina			
15. Mencione las consecuencias de un mal control de la glucosa			15
1) Desprendimiento de la retina 2) Problemas renales 3) Riesgo de amputación por lesiones			
4) Problemas a nivel neurológico 5) Todas las anteriores 6) 1, 2			
7) 1, 3 8) 1, 3, 4 9) Desconoce			
16. Señale cual de las siguientes causas pueden producir hiperglicemia o hipoglicemia:			
	Hiperglicemia	Hipoglicemia	No sé
	1	2	3
1) Demasiada insulina			
			16.1

	Hiperglicemia	Hipoglicemia	No se	
	1	2	3	
2) Demasiado ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.2 <input type="checkbox"/>
3) Demasiada comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.3 <input type="checkbox"/>
4) Una enfermedad o infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.4 <input type="checkbox"/>
17. ¿En que consiste el tratamiento de un paciente diabético?				17 <input type="checkbox"/>
1) Dieta, actividad física y medicamentos	2) Dieta y actividad física	3) Medicamentos		
IV. ACEPTACIÓN DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD				
18. ¿Considera que ser diabético es una desgracia?	0) No	1) Si		18 <input type="checkbox"/>
19. ¿Por qué?				19 <input type="checkbox"/>
1) Enfermedad incurable que tiene implícita la necesidad de un tratamiento continuo.				
2) Existe un riesgo permanente de complicaciones agudas y crónicas				
3) Es una enfermedad que atenta contra la estabilidad familiar				
4) Origina sufrimiento y angustia por la pérdida de la salud				
5) Disminuye mis expectativas de vida				
6) No me gusta que se refieran a mí como "Un diabético"				
7) Incluye muchos sacrificios e inconvenientes				
20. ¿Desde la aparición de la enfermedad ha tenido cambios en su vida diaria?	0) No	1) Si		20 <input type="checkbox"/>
21. ¿Cuáles?				21 <input type="checkbox"/>
1) En mi alimentación	2) Cuido mi peso	3) Realizo actividad física		
4) Convivo más con mi familia	5) Disminuyo el riesgo de lesiones			
6) Mantengo mejores hábitos higiénicos -- personales				
7) Realizo ejercicio y cuido mi dieta				
22. ¿La presencia de la diabetes ha cambiado su estado anímico?				22 <input type="checkbox"/>
1) Mucho	2) Poco	3) Nada		
23. ¿Sus planes ha futuro han cambiado desde que sabe que es diabético?				23 <input type="checkbox"/>
1) Todos cambiaron	2) Algunos cambiaron	3) Ninguno cambio	4) Nunca hice planes	
24. ¿Considera que no hay mucho que usted pueda hacer para controlar su diabetes?				24 <input type="checkbox"/>
1) Estoy completamente en desacuerdo	2) Estoy en desacuerdo	3) No lo sé		
4) Estoy de acuerdo	5) Estoy completamente de acuerdo			
IV. APOYO FAMILIAR				
25. ¿Cómo recibió su familia la noticia de su enfermedad?				25 <input type="checkbox"/>
1) Comprensión	2) Apoyo	3) Indiferencia	4) Desagrado	
5) Otra _____				
26. ¿Cómo participa su familia en el tratamiento?				26 <input type="checkbox"/>
1) Me recuerda de mis citas con el médico	2) Vigila la toma de mis medicamentos			
3) Me motiva para la realización de actividad física	4) Se solidanza conmigo para seguir mi dieta			
5) Todas las anteriores	6) No hay participación			
27. ¿La familia discute o pelea acerca del cuidado de su diabetes?				27 <input type="checkbox"/>
1) Nunca	2) Una vez al mes	3) Una vez a la semana		
4) 2 o más veces a la semana	5) Diario			
28. La familia planea actividades de acuerdo a sus necesidades como diabético?				28 <input type="checkbox"/>
1) Nunca	2) Una vez al mes	3) Una vez a la semana	4) Varias veces a la semana	5) Diario

29. ¿Su familia ha recibido información sobre diabetes? 0) No 1) Si	29	<input type="checkbox"/>
30. ¿Qué tipo de información? 1) Sobre la enfermedad y sus complicaciones 2) Relaciones familiares 3) Como seguir una dieta 4) Que tipo de actividad física realizar 5) Cuidados específicos para evitar lesiones 6) 1, 5 7) 1, 2, 3	30	<input type="checkbox"/>
31. ¿Le ha sido útil esa información? 0) No 1) Si	31	<input type="checkbox"/>
VI. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES		
32. ¿Cuántas veces ha acudido al médico por descompensación de la glucosa? _____	32	<input type="checkbox"/>
33. ¿Cuándo fue la última vez que acudió al oftalmólogo? _____	33	<input type="checkbox"/>
34. ¿Qué medidas tiene con el cuidado de sus pies?		
34.1) Camina descalzo 0) No 1) Si	34.1	<input type="checkbox"/>
34.2) Uso de calzado confortable 0) No 1) Si	34.2	<input type="checkbox"/>
34.3) Inspección de los pies 0) No 1) Si	34.3	<input type="checkbox"/>
34.4) Evita el uso de instrumentos inadecuados 0) No 1) Si	34.4	<input type="checkbox"/>
34.5) Secarse perfectamente los pies 0) No 1) Si	34.5	<input type="checkbox"/>
34.6) Evita cortar las uñas más abajo del borde de los dedos 0) No 1) Si	34.6	<input type="checkbox"/>
34.7) Todos los anteriores	34.7	<input type="checkbox"/>
34.8) Ninguno	34.8	<input type="checkbox"/>
35. ¿Conoce los síntomas de una infección de vías urinarias? 0) No 1) Si	35	<input type="checkbox"/>
1) Ardor al orinar 2) Micción frecuente 3) Orina turbia		
4) Olor fétido 5) Todas las anteriores		
36. ¿En el último año cuantas veces ha visitado al cardiólogo? _____	36	<input type="checkbox"/>
VII. AUTOCUIDADO		
7.1. DIETA		
37. ¿Lleva alguna dieta? 0) No 1) Si	37	<input type="checkbox"/>
38. ¿Qué tipo de dieta? 1) Para diabético 2) Para bajar de peso 3) Para bajar el colesterol 4) Otra _____	38	<input type="checkbox"/>
39. ¿Encuentra alguna dificultad para seguir su dieta? 0) No 1) Si	39	<input type="checkbox"/>
40. En caso de que su respuesta anterior haya sido afirmativa, especificar: 1) Falta de recursos económicos 2) Falta de tiempo 3) Falta de información 4) Desinterés 5) Otra _____	40	<input type="checkbox"/>
41. ¿Conoce los alimentos que tiene prohibido consumir? 0) No 1) Si	41	<input type="checkbox"/>
1) Pan, azúcar refinada, pasteles, grasas, refrescos		
2) Verduras, frutas, cereales, carnes blancas		
3) Frutas, pastas, carnes rojas, tortillas		
42. ¿Cuál es su opinión sobre la dieta como parte del tratamiento del paciente diabético?	42	<input type="checkbox"/>
7.2. ACTIVIDAD FÍSICA		
43. ¿Realiza algún tipo de actividad física? 0) No 1) Si	43	<input type="checkbox"/>
44. ¿Qué tipo de actividad física realiza? 1) Caminar 2) Correr 3) Caminar y correr 4) Aeróbics 5) Caminar y Aeróbics 6) Otro _____	44	<input type="checkbox"/>
45. ¿Cuántos días a la semana realiza está actividad? _____		

46. ¿Cuánto tiempo lleva realizando esta actividad? _____	45 <input type="checkbox"/>
47. Mencione los beneficios que ha obtenido	46 <input type="checkbox"/>
1) Mantengo controlada la glucosa 2) He bajado de peso 3) Disminuye la tensión	47 <input type="checkbox"/>
4) 2 ó más de los anteriores 5) Otros _____	
48. En caso de no realizar ninguna actividad física mencione las causas	
1) Por falta de tiempo 2) Desinterés 3) Falta de motivación	48 <input type="checkbox"/>
4) Discapacidad 5) Falta de información 6) Otros _____	
49 ¿Cuál es su opinión sobre la actividad física como parte del tratamiento del diabético?	49 <input type="checkbox"/>
<hr/>	
7.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
51. ¿Toma algún medicamento para la glucosa? 0) No 1) Si	
52. ¿Se le ha olvidado alguna vez tomar sus medicamentos? 0) No 1) Si	51 <input type="checkbox"/>
53. ¿Durante la semana cuantas veces se le ha olvidado tomar sus medicamentos? _____	52 <input type="checkbox"/>
54. ¿Encuentra dificultades para seguir su tratamiento farmacológico? 0) No 1) Si	53 <input type="checkbox"/>
55. ¿Qué dificultades?	54 <input type="checkbox"/>
1) Falta de recursos económicos 2) Falta de interés 3) Inexistente en farmacia	55 <input type="checkbox"/>
4) Otro _____	
VIII. PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	
56. ¿El personal de salud le ha brindado información sobre diabetes? 0) No 1) Si	
57. En caso afirmativo, especificar ¿Quién?	56 <input type="checkbox"/>
1) Médico 2) Enfermera 3) Dietista	57 <input type="checkbox"/>
4) Trabajadora social 5) Otro _____	
58. ¿Qué tipo de información ha recibido?	
58.1) Enfermedad y sus complicaciones 0) No 1) Si	
58.2) Relaciones familiares 0) No 1) Si	58.1 <input type="checkbox"/>
58.3) Dieta para diabético 0) No 1) Si	58.2 <input type="checkbox"/>
58.4) Actividades físicas 0) No 1) Si	58.3 <input type="checkbox"/>
59. ¿La calidad de la información la considera?	58.4 <input type="checkbox"/>
1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Deficiente	59 <input type="checkbox"/>
60. ¿Por qué? _____	
61. Mencione quien del personal de salud han mostrado mayor interés en el seguimiento del tratamiento.	60 <input type="checkbox"/>
1) Médico 2) Enfermera 3) Dietista 4) Trabajadora social	61 <input type="checkbox"/>
IX. SOMATOMETRIA	
62 Glucosa _____ mg/dl	62 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63. Peso _____ kg	63 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64. Talla _____ cm	64 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>