



11226
77.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20

COMPARACION DE DOS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA EL CONTROL METABOLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20 DEL I.M.S.S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. BLANCA FLOR REYES AGUILAR

A S E S O R E S
DRA. VERONICA NANCY ROBLEDO HERNANDEZ
DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS

MEXICO D. F.

FEBRERO 2004

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Vo. Bo.

III.

Nancy



DRA. VERONICA NANCY ROBLEDO HERNANDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROF. ADJUNTO DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
DE LA UMF No. 20 VALLEJO DEL IMSS.

Vo. Bo.



DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROF. ADJUNTO DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
DE LA UMF No. 20 VALLEJO DEL IMSS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo. Bo.

Yolanda Estela Valencia Islas

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROF. ADJUNTO DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
DE LA UMF No. 20 VALLEJO DEL IMSS.**

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Porque el sabe guiar mis pasos hacia lo correcto para mi y para mis semejantes.

A MIS PADRES

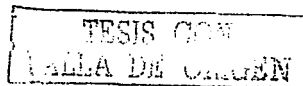
Porque sin su apoyo incondicional y su comprensión no estaría consolidando esta nueva meta en mi vida.

A MIS ASESORES

Porque mas que profesores son guías incansables y excelentes amigas.

A TODAS LAS PERSONAS

Que con su aportación y presencia para la elaboración de esta investigación tuvieron la confianza de de enseñarme lo que valen en esta vida.



**COMPARACIÓN DE DOS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA EL CONTROL
METABÓLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS
A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL I.M.S.S.**

TESIS CON
MAYOR DE CARRERA

INDICE

OBJETIVOS.....	7
JUSTIFICACION.....	8
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
HIPOTESIS.....	16
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	17
MATERIAL Y METODOS.....	19
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	22
TABLAS Y GRAFICAS.....	24
ANALISIS DE RESULTADOS.....	32
CONCLUSIONES.....	33
COMENTARIOS.....	35
RESUMEN.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	38

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL

Comparar entre dos estrategias educativas, el grado de control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Cuando son manejados en Grupos de Ayuda y cuando reciben pláticas informativas por el servicio de Trabajo Social, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el grado de conocimientos de los pacientes acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2
- Conocer las actitudes de los pacientes ante la Diabetes Mellitus Tipo2
- Determinar la diferencia en el control metabólico en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 a través de la Educación con Grupos a Ayuda y las pláticas informativas que otorga el servicio de Trabajo Social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo2 constituye un problema de salud pública en México, con una prevalencia en el norte del país de 9% en las poblaciones urbanas y 3.2% en las comunidades rurales, se asocia con altas tasas de mortalidad y complicaciones crónicas que deterioran la calidad y tiempo de vida de quien la padece.

Un control metabólico estricto retrasa el inicio de las complicaciones microvasculares en los pacientes diabéticos, por lo que mantener los niveles de glucosa en cifras inferiores a 120mg/dl debe ser uno de los principales objetivos a lograr en su manejo. Sin embargo, en nuestro medio 48 a 69% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 cursa con cifras elevadas de glucemia. Pero el control de la glucemia, más que el simple hecho de tomar un medicamento, involucra una serie de actitudes frente a la enfermedad, que depende en parte del conocimiento que tienen el enfermo y sus familiares sobre la diabetes, aspectos sobre los que la educación ejerce uno de los papeles de mayor importancia.

La Diabetes se asocia a grandes cargas económicas y sociales tanto para los individuos como para la sociedad. Sus costos están relacionados principalmente con una alta frecuencia de complicaciones agudas y crónicas que son causa de hospitalización y de muerte prematura. Además de que aumenta la discapacidad y ocasiona una considerable pérdida de productividad.

El desarrollo convencional del cuidado y educación de las personas con Diabetes Mellitus se centra principalmente en un enfoque sobre el tratamiento de las enfermedades agudas, se basa en el control metabólico sin tener en cuenta que en la acción de controlar se puede afectar el sentimiento de bienestar general; el proceso de aprendizaje se obvia o se centra en brindar una información fisiológica que no ofrece nada en concreto ni al paciente ni al familiar y en muchas ocasiones se utiliza una comunicación directa y autoritaria para expresar "que se debe" y "que no se debe hacer", sin dar oportunidad de que el paciente exprese qué significa para él la enfermedad, qué hace realmente y por qué lo hace. En este modelo de acción el proveedor de información "sabe todo" mientras que el paciente "no sabe nada", esta es la estrategia perfecta para mantener a las personas con Diabetes Mellitus como simples espectadores ante su propio problema en vez de actores. La Educación Terapéutica podría ser más eficaz si se reconcilian los polos de sus contradicciones mediante una nueva percepción que transforme la práctica de nuestra acción educativa. Por lo que más eficaces que las clases, resultan las estrategias educativas de participación que enfrentan a paciente y su familia con situaciones previamente establecidas o con inquietudes que ellos plantean, les ayudan a identificar el problema y a buscar las posibles vías de solucionarlos, compartiendo opiniones y criterios de unos y otros a partir de conocimiento previo y la experiencia cotidiana, lo que se ha logrado a través de Grupos de Ayuda que redituara en el cambio de actitudes y la adopción de un

TESIS CON
FALLA DE URGEN

estilo de vida saludable donde el principal protagonista y responsable será en paciente con Diabetes Mellitus y su familia, apoyados por el equipo de salud.

Todo lo anterior lleva a considerar que el enfoque tradicional se limita a instruir al enfermo pero no lo educa y la diferencia fundamental entre uno y otro es que el objetivo básico de la instrucción es el conocimiento, mientras que el objetivo básico de la educación es la acción.

Por lo anterior el interés del presente trabajo se orienta principalmente a iniciar la tarea de abrir espacios para las personas que padecen la enfermedad y sus familias donde se les permita mostrar todas sus inquietudes, miedos, creencias que con ayuda de la experiencia de otras gentes que padecen la misma enfermedad y el personal de salud se logre más que sólo un buen control metabólico un verdadero retraso de complicaciones propias de la evolución natural de la enfermedad y así reincorporar al paciente a su vida habitual con un estilo de vida y actitud diferente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada como una pandemia con tendencia ascendente.

Esta enfermedad se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Se manifiesta principalmente por hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Esta alteración se encuentra asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina, con grados variables de resistencia a ésta. Actualmente se reconoce que esta enfermedad de carácter heterogéneo y multifactorial comprende un grupo de anomalías clínicas, genéticas en las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador. Todo este conjunto de alteraciones sistémicas determina en los pacientes que padecen la enfermedad el desarrollo de daño micro y macrovascular y por consiguiente a manifestar las complicaciones crónicas del padecimiento.

La Clasificación de la DM se basa fundamentalmente por su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona. Los tipos son: Tipo 1, Tipo 2, Otros tipos y Diabetes gestacional. Las etapas son: Normoglucemia, hiperglucemia (glucemia alterada en ayuno o intolerancia a la glucosa) y Diabetes Mellitus (no insulino-requiriente, insulino-requiriente para control, insulino-requiriente para sobrevivir). (1)

La DM T2 se inicia con mucha anticipación a lo que se pensaba hasta ahora. La DM ya manifiesta representa el final del espectro, la punta del iceberg y en esta etapa, los pacientes generalmente han desarrollado todas las complicaciones macro y macroangiopáticas típicas de la enfermedad. Los desarreglos metabólicos (resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensatorio) responsables de la diabetes tipo 2, pueden ser demostrados años y probablemente décadas, antes de que la enfermedad sea diagnosticada. El estado hiperglucémico o estado diabético puede empezar hasta 10 años antes de la presentación clínica de la enfermedad.

Al principio de la enfermedad cerca del 40% de los diabéticos presentan macroangiopatía, alrededor del 40% presentan micro o macroalbuminuria y cerca del 50% sufren de hipertrigliceridemia, mientras que sólo el 15% tiene retinopatía. La división del síndrome de diabetes tipo 2 en etapas mejor y menos bien definidas, da una oportunidad mayor para predecir, prevenir y tratar la enfermedad. Los individuos propensos a desarrollar diabetes tipo 2 pueden ser diagnosticados con anticipación de 15 a 40 años al principio de la enfermedad por el conjunto de datos familiares y el genotipo de: normoglicemia, hiperinsulinemia en ayunas, hipersecreción a la insulina después de una prueba de glucosa, triglicéridos plasmáticos en ayunas elevados, obesidad o al menos aumento en la grasa abdominal. Estas características deben ser estudiadas en personas cuyas familias tengan antecedentes de diabetes mellitus, en las cuales la medición de glucosa e insulina son útiles para predecir el riesgo relativo de desarrollar enfermedad en un 80% entre 10 y 25 años antes de que se manifieste.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uno de los principales peligros de la diabetes, es su avance silencioso ya que puede ser asintomática en etapas iniciales y cursar durante periodos variables de tiempo en forma inadvertida. Aproximadamente un 30% a 50% de los enfermos desconocen su enfermedad ya sea porque efectivamente estén asintomáticos o porque los síntomas no han sido identificados como tales.

La DM tipo1 y 2 por su trascendencia y magnitud son las más importantes, principalmente la tipo 2, la cual representa el 90% aproximadamente de todas las formas clínicas y constituye un importante problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional e institucional. Forma parte del grupo de padecimientos descritos en la denominada transición epidemiológica de nuestro país, que es un fenómeno resultante de los cambios en el comportamiento humano, desarrollo urbano acelerado y aumento en la esperanza de vida, que se refleja en la modificación de los patrones de morbilidad y mortalidad. (2, 3, 4, 5)

La Organización Mundial de la Salud estima que existen alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones los próximos 25 años.

El aumento será del 40% en los países desarrollados y del 70% en los países en vías de desarrollo. (6)

México ocupa actualmente el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes, ante esto los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el séptimo lugar con 12 millones de personas con DM. (7, 8)

La perspectiva futura señala que se mantendrá el incremento en la cantidad de personas con diabetes. La prevalencia de 7.2 % actual de los enfermos detectados por medio de glucemia venosa, se incrementó hasta 8.2% con la estimación de la curva de tolerancia a la glucosa.

Las cifras más altas de prevalencia en el país se registraron en la región norte, que presentó 9%, mientras que la zona metropolitana del Distrito Federal se identificaron las cifras más bajas, con 6.4%.

Un hallazgo interesante fue la relación que tiene la prevalencia de la diabetes con los niveles educativos, ya que frecuentemente éstos se asocian con los ingresos económicos y con los patrones de consumo, lo que conlleva a pensar que cuando se posee una mayor capacidad adquisitiva, se tiende a compensar la calidad de los alimentos con la cantidad, de esta manera se explica, probablemente el riesgo elevado de desarrollar que muestra la población sin educación escolarizada y la que sólo terminó la primaria (15 y 11% respectivamente).

En cuanto a la distribución del padecimiento por grupo de edad, se encuentra que la mayor prevalencia se presenta en las personas de 60 a 90 años. Las cifras expresan un aumento de su frecuencia en relación directa con el incremento de la edad de la población, por lo que es posible prever que el problema se agravará gradualmente de acuerdo con el aumento de la esperanza de vida y que propiciará un número más elevado de individuos en riesgo, según el comportamiento demográfico que se observa en el territorio nacional. (7)

En razón de que en 1998 la DM fue la séptima causa de morbilidad con 336mil967 casos diagnosticados (98% DMT2 y 2% DMT1, que para 1999 se notificaron cerca de 239mil casos en control y alrededor de 3mil500casos acumulados únicamente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en la Secretaría de Salud.⁽⁵⁾ En el Instituto Mexicano del Seguro Social durante 1997 se notificaron 130.309 casos nuevos, lo que significa que se diagnosticaron 357 casos de DM por día, se registraron 57.370 egresos hospitalarios y se pensionaron por invalidez 1948 personas.⁽¹⁾

Además de que en ambas instituciones es una de las principales causas de demanda de consulta en el primer nivel de atención.

La Secretaría de Salud promovió con el consenso interinstitucional la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de Abril de ese año, con el propósito de asegurar la aplicación de los procedimientos y detección, diagnóstico y control del enfermo diabético con base en los criterios científicos y tecnológicos más avanzados y factibles en el país.⁽⁹⁾

Las personas al recibir el diagnóstico de Diabetes Mellitus se enfrentan a situaciones nuevas en su vida cotidiana, experimentando cuatro momentos: negación, temor, súplica y aceptación. El diagnóstico de diabetes provoca también reacciones en la familia, de modo que el sistema y la dinámica se ven afectados. La enfermedad y el control es tanto un problema de la persona que la padece, como muchos lo piensan, como implica necesariamente a la familia.

La familia es un grupo de contacto directo, afectivo y espontáneo; se le puede definir como una unidad de personalidades que se relacionan entre si y que forman un sistema de emociones y necesidades. La familia constituye un "nosotros" y no un "yo", lo que implica una forma de simpatía y de identificación mutua. Por tanto su influencia en la salud del paciente con diabetes es de suma importancia; puede llevarlo a negarse a tomar los hipoglucemiantes o a inyectarse la insulina, comer alimentos que dañen su salud, no practicar o excederse en el ejercicio, estresarse, deprimirse y hasta lastimar severamente su cuerpo; o puede hacer que éste lleve un buen control en lo que respecta al padecimiento, se mantenga relajado, se sienta con una alta autoestima y luche día tras día por su salud.

Cuando la familia enfrenta las distintas presiones y demandas que trae consigo la enfermedad, genera un ambiente firme y estable, alcanzando el equilibrio familiar y, por tanto, la salud biopsicosocial de sus miembros.

La familia podrá establecer lazos de comunicación que permitirán al paciente con diabetes aminorar los problemas que enfrenta en su trabajo, con los amigos, los compañeros y/o vecinos; además, participar con y para grupos de ayuda para personas con diabetes. La familia ha de entender los sentimientos que fluyen día tras día debidos a la edad y la enfermedad, apoyarlo en todo momento, convivir con él fuera y dentro de casa, fomentarle el deseo de convivir con grupos de personas con diabetes, formar sus grupos de diabéticos y no diabéticos, hacerlo sentir importante y no tratarlo como a un niño, dejarle la responsabilidad de su enfermedad guiándolo y ayudándolo cuando lo desee o cuando la enfermedad lo requiera.^(10, 13)

Una estrategia novedosa de intervención es la organización y funcionamiento de los clubes de diabéticos, que propician un esfuerzo colectivo de los propios

enfermos para modificar sus hábitos y patrones de alimentación, brindando apoyo emocional y moral a los participantes.

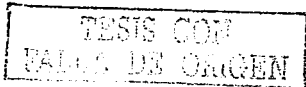
El 10 de Noviembre del 2002 se celebró el Día Mundial de la Diabetes Mellitus. Ser diabético no es lo mismo que saberse diabético. Se calcula que por cada persona que presenta la enfermedad, otra la tiene y no lo sabe, lo que aumenta al doble el número de aquellos que a mediano y largo plazo serán candidatos a presentar las invalidantes complicaciones que provoca el simple hecho de tener azúcar alta en la sangre, con el riesgo de presentar un infarto al miocardio, amputaciones, ceguera o insuficiencia renal. Sin duda el saberse diabético es mejor que no saberlo, pues entonces podemos hacer algo para evitar o reducir en forma muy importante estos riesgos de complicación. Durante muchos años, la labor educativa entre pacientes diabéticos se ha limitado a informar sobre lo que puede y no puede comer, sobre cómo cuidar sus pies, cómo hacerse el análisis de orina, cómo aplicarse la insulina y acerca de muchos cuidados más que se han clasificado como de "autocontrol". (11, 12)

Educar no solo es informar, tampoco lo es "amenazar o aterrorizar" con panoramas necrófilos, que sin duda hace de la vida de este paciente y sus familiares una amenaza permanente de muerte temprana. Hasta la fecha se tienen resultados de que los diabéticos son capaces de llevar un autocontrol físico, psicológico y social de su padecimiento, lo cual les permite disminuir significativamente tanto las cifras de glucosa como la dosis de hipoglucemiante que consumen y a su vez evitar complicaciones agudas y crónicas.

Esto representa una visión diferente de vivir con la diabetes, hacer de la enfermedad un medio para encontrar un estilo de vida saludable que permita disminuir todos los factores de riesgo que la enfermedad "mal controlada" es capaz de producir. Cuando el personal de salud comprenda que no es él, sino los enfermos y sus familiares quienes verdaderamente saben lo que es la DM, entonces llegará a entender por que el simple hecho de informar a un paciente sobre lo que debe hacer para cuidarse, advirtiéndole que si no "obedece" las indicaciones pagará muy caro las consecuencias, no logrará más que asustarlo y hacer que recurra a métodos que en verdad pueden poner en peligro su salud y su vida. (14, 15)

Una educación para la salud que no tenga como propósito motivar al paciente y sus familiares para que cambien y adopten hábitos, actitudes y valores que lo lleven a disfrutar de la vida, será errónea y por ello quizá tenga su origen en una postura egocéntrica de algunos médicos y otros miembros del personal de salud que utilizan sus conocimientos para sentirse superiores y dueños del paciente.

Los grupos de autoayuda surgen en Estados Unidos en 1935 a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, quienes convencidos de que sólo a través de la fuerza que se da al interior del grupo y de cada individuo se pueden combatir retos y enfermedades. En los últimos años, estos grupos han sido incorporados a la atención de personas adultas mayores, portadoras de diversas enfermedades crónico-degenerativas, e incluso niños y adolescentes. Estos surgen de parte de las familias en respuesta a una carencia de información y de recursos en la comunidad, ya que entre los profesionales había una gran ignorancia o a veces indiferencia sobre cómo cuidar a la persona en casa. (10)



Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia un estilo de vida y una actitud que mejore el control de la enfermedad, lo cual se puede lograr mediante estrategias educativas. (13)

Por lo tanto hay grupos que están pensados para la persona que a cualquier edad está directamente afectada ya sea con alguna discapacidad, reto o enfermedad y otros para los familiares de estas personas quienes normalmente sufren las consecuencias en forma sorpresiva al alterar su vida cotidiana, incorporando nuevas responsabilidades, cambios de roles y la desintegración de la familia. Como toda la atención se centra en la persona afectada, esto provoca que se descuide o abandone el trabajo, o que disminuya la eficiencia en el mismo, viéndose afectado el ingreso económico.

Las familias que tienen adultos mayores con alguna enfermedad crónica degenerativa pueden caer en un círculo vicioso: se obsesionan en ver solamente las pérdidas y lo negativo, se tornan impacientes y los enfermos están aburridos, sin estimulación y deteriorándose con mayor rapidez, además generando una seria alteración en la dinámica familiar.

La asistencia al grupo de ayuda, va a convertir este círculo en virtuoso ofreciendo a los participantes el reconocimiento y solución de un problema común, encontrar e intercambiar apoyos, poder procesar duelos anticipados por la pérdida que la discapacidad o enfermedad implica, lo que permitirá rescatar las capacidades remanentes de la persona y de la familia, buscar soluciones en la propia comunidad y generar servicios. (10). Un grupo de ayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo. A quienes se ven directamente afectadas, les brinda la oportunidad de compartir sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos. Proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros y descubrir que no está solo. (9, 10)

Un grupo de ayuda no puede resolver todos los problemas, ni puede reemplazar los servicios de los profesionales de la salud. Hay que recordar que un grupo de autoayuda no siempre es útil para algunas personas pues se sienten incómodas compartiendo sus sentimientos personales con los demás. Otra consideración importante a saber es que los grupos de ayuda no son grupos de psicoterapia y suelen funcionar sin una orientación profesional. (9, 15)

Por lo que la propuesta es realizar un grupo de ayuda, para poder brindar ésta orientación, con la asistencia de un médico familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en el control metabólico entre los pacientes que acuden a Grupos de Ayuda y los que reciben pláticas informativas otorgadas por Trabajo Social acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2?

TESIS CON
ORIGEN

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

No hay diferencia en el grado de control metabólico entre los pacientes que acuden a Grupos de Ayuda y los pacientes que acuden a pláticas informativas impartidas por el servicio de Trabajo Social.

HIPOTESIS ALTERNATIVA

Existe diferencia en el grado de control metabólico entre los pacientes que acuden a Grupos de Ayuda y los pacientes que acuden a pláticas informativas impartidas por el servicio de Trabajo Social.

TESIS CON
ETIQUETA DE ORIGEN

DEFINICION DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento	Cuantitativa De razón
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino	Se observará directamente al paciente	Cualitativa nominal
TIEMPO DE EVOLUCION CON DIABETES	Meses o años transcurridos desde la detección de la enfermedad hasta el momento del estudio	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente	Cuantitativa de razón
INDICE DE MASA CORPORAL	Índice compuesto que utiliza peso y talla para determinar el estado nutricional en los adultos	Se medirá a través de la medición directa del peso y talla del paciente. Se utiliza la fórmula: $IMC = \text{peso}/\text{talla} (\text{cm})^2$ Categorías >18 y <25= Peso recomendable >25 y <27= Sobrepeso >27= Obesidad	Categórica ordinal
GRADO DE CONTROL DE	Grado de control de la glucemia	Se medirá a través de las cifras referidas por el	Categórica ordinal

TESIS CON
TALLA DE CARGEN

LA DIABETES		médico tratante que los refiera para la participación en el estudio <120mg/dl= control óptimo 121-140mg/dl= control aceptable 141-180mg/dl= descontrol moderado >181mg/dl= descontrol severo	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	Presencia de una presión sistólica = o > 140mmHg, así como presión diastólica = o >90mmHg, detectadas en por lo menos tres ocasiones diferentes	Se medirá directamente a través de la toma con baumanómetro anerode en el momento del estudio	Cuantitativa
PESO	Medida en kilogramos o gramos del paciente	Se medirá a través de la toma de peso al inicio del estudio	Cuantitativa
TALLA	Medida de estatura en centímetros del paciente	Se medirá a través de la medición directa al paciente al inicio del estudio	Cuantitativa
ACTITUDES	Predisposición aprendida para responder consistentemente de manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos.	Se medirá a través de la aplicación de cuestionarios	Cualitativa ordinal

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, misma que presta atención de primer nivel.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Cuasiexperimental (experimental, prospectivo, longitudinal, comparativo y abierto).

GRUPOS DE ESTUDIO

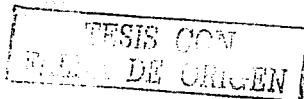
Los pacientes fueron captados por el Servicio de Trabajo Social, mismos que habían sido enviados a pláticas informativas dado el descontrol metabólico que presentaban.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, hombres o mujeres que deseen participar en el estudio.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que presenten algún grado de descontrol metabólico de la misma.
- Pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 que no presenten complicaciones crónicas o agudas de la misma que les impida acudir a las sesiones.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que puedan ser acompañados a las sesiones por un familiar.
- Pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la U.M.F No 20 del IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que presenten alguna complicación crónica o aguda que les impida acudir a las sesiones.



CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no acudan por lo menos al 90% de las sesiones (7 sesiones).
- Paciente que no deseen continuar en el estudio.
- Pacientes que no terminen de contestar el cuestionario inicial.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con base en las recomendaciones para la formación de grupos de ayuda y el tamaño de los mismos se formaron dos grupos con un número de 12 personas cada uno; el primero fue el grupo de trabajo para el presente.

El grupo control estuvo conformado por el mismo número de pacientes que se manejaron en el Servicio de Trabajo Social.

Los pacientes fueron seleccionados de entre los pacientes que fueron enviados al Servicio de Trabajo Social para recibir pláticas informativas acerca de la Diabetes Mellitus, de ambos turnos de la UMF No 20. Fueron seleccionados por medio de muestreo probabilístico (tombola).

Al Grupo control manejado por el Servicio de Trabajo Social se les aplicó el cuestionario previo de conocimientos y de actitudes así como antes de cada sesión que ellos recibieron (seis en total) se les determinó la glucosa capilar. Al término del total de las sesiones se les aplicó el cuestionario posterior de conocimientos y actitudes.

Al Grupo de Trabajo se les solicitó su consentimiento informado y se les dieron a conocer los objetivos del estudio. Una vez conformado el grupo se les solicitaron sus datos sociodemográficos y se fijó la hora de las sesiones de acuerdo a la conveniencia de los pacientes que participaron.

Se llevaron a cabo sesiones educativas a través de Grupos de Ayuda en un total de 8, donde los temas a tratar por sesión fueron:

-Sesión 1:

- -Autopresentación del Grupo de Ayuda
- -Toma de signos vitales
- -Aplicación de cuestionarios

-Sesión 2:

- -Esa enfermedad llamada Diabetes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- -Causas, tipos, historia natural
 - -Complicaciones agudas y crónicas y su prevención
- Sesión 3:
- -Alimentación y dieta
 - -Medicamentos
 - -Higiene
- Sesión 4:
- -Actividad física
 - -Tratamiento profesional
- Sesión 5:
- -Manejo de estados emocionales
 - Apoyo físico, psicológico y social
 - La familia al rescate
- Sesión 6:
- -Elaboración de gráficas personales
 - -Ejercicio físico y técnicas de relajación
- Sesión 7:
- -Reforzamiento de conocimientos adquiridos
 - -Aprendiendo a vivir con la diabetes
 - -Jugando en serio con la diabetes
- Sesión 8:
- -Aplicación de cuestionarios
 - -Toma de signos vitales
 - -Experiencias vividas durante las sesiones

TESIS CON
CALA DE CALLEN

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en la U.M.F.20, donde participaron en total 24 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos, 1) *Grupo de control* y 2) *Grupo de trabajo*.

Del *grupo control* (12 pacientes) su rango de edad osciló entre los 38 a los 79 (**grafica 1**) con una media de 59.9 años y una desviación estándar de 10.7 (**tabla 1**).

Del 100% de pacientes de este grupo, el 75% (9 pacientes) eran del sexo femenino, mientras que el 25% (3 pacientes) eran del sexo masculino (**grafica 2**).

El tiempo de evolución de la enfermedad desde su diagnóstico hasta el presente estudio osciló entre 0 y 25 años (**grafica 3**), con una media de 8.17 años y una desviación estándar de 6.55 (**tabla 2**).

En cuanto a si habían recibido educación profesional en diabetes el 75% (9 pacientes) no la habían recibido, mientras que el 25% (3 pacientes) la habían recibido (**grafica 4**).

Del *grupo de trabajo* (12 pacientes) el rango de edad osciló de los 38 a los 74 años (**grafica 7**), con una media de 58.67 y una desviación estándar de 13.56 (**tabla 4**).

Del 100% de los pacientes el 66.7% (8 pacientes) fueron del sexo femenino y el 33.3% (4 pacientes) fueron del sexo masculino (**grafica 8**).

El tiempo de evolución de la enfermedad desde su diagnóstico hasta el presente estudio fue de 1 a 33 años (**grafica 9**), con una media de 10.8 años y una desviación estándar de 9.72 (**tabla 5**).

En relación a si habían recibido educación profesional en diabetes el 83.3% (10 pacientes) no la habían recibido, mientras que el 16.7% (2 pacientes) si la habían recibido (**grafica 10**).

A ambos grupos se les aplicó el Cuestionario de Conocimientos en Diabetes validado por la Federación Mexicana de Diabetes AC, el cual investiga el nivel inicial de Educación en Diabetes y el efecto de la Educación impartida por Profesionales de la Salud; así también se les aplicó el instrumento de Actitudes en la Diabetes (Universidad de Michigan Ann Arbor, Robert M. Anderson y cols, Traducido, adaptado y validado por el Dr Felipe Vázquez Estupiñán) el cual evalúa los aspectos psicológicos de la diabetes, el descontento y la disposición para realizar ajustes, proposición de metas en relación al cuidado de la diabetes. En

esa misma sesión se les realiza toma de glucosa capilar con glucómetro y se registran signos vitales.

De las primeras determinaciones de glucosa del grupo control (grafica 5) se obtuvo un rango de 136 a 315 mg/dl con una media de 199.4 y una desviación estándar de 60.94 (tabla 3); la última determinación de glucosa (grafica 6) tuvo un rango de 148 a 289 mg/dl una media de 182.5 y una desviación estándar de 37.6 (tabla 3).

Se realizó la prueba de Wilcoxon para todas las determinaciones de glucosa donde se obtuvo un valor de $Z = -1.276$ y un valor de $p = 0.202$, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa en los valores de glucosa antes y después de la intervención.

Del grupo de trabajo las primeras determinaciones de glucosa (grafica 11) tuvieron un rango entre 132 a 340mg/dl, con una media de 200.92 y una desviación estándar de 67.4 (tabla 6); la última determinación tuvo rangos entre 66 a 167mg/dl, con una media de 177.5 y una desviación estándar de 26.9 (tabla 6). Con la Prueba de Wilcoxon para todas las determinaciones de glucosa se obtuvo un valor de $Z = -2.934$ y un valor de $p = 0.003$, observando que existe una diferencia estadísticamente significativa en los valores de glucosa antes y después de la intervención.

Para el grupo control la Prueba de Wilcoxon en cuanto a Conocimientos Preevaluación y Postevaluación se obtuvo un valor de $Z = -1.276$ y un valor de $p = 0.202$. En cuanto a Actitudes pre y post con la Prueba de Wilcoxon se obtuvo un valor de $Z = -3.064$ y un valor de $p = 0.002$.

Para el grupo de Trabajo con la Prueba de Wilcoxon para Conocimientos Preevaluación y Postevaluación se obtuvo un valor de $Z = -3.061$ y un valor de $p = 0.002$. En cuanto a Actitudes pre y post con la Prueba de Wilcoxon se obtuvo un valor de $Z = -3.062$ y un valor de $p = 0.002$. Ambas variables presentaron diferencias estadísticas después de la estrategia educativa.

Se realizó la Prueba de U-Mann Whitney para comparar a ambos grupos donde para el control metabólico se obtuvo un valor de $t = -3.98$ y una $p = 0.00007$. Para el grado de conocimientos se obtuvo un valor de $t = 3.92$ con un valor de $p = 0.01$. Para las Actitudes se obtuvo un valor de $t = 3.46$ y un valor de $p = 0.01$.

Se puede observar que existen diferencias significativas, en las tres variables estudiadas, entre el grupo control y el grupo de trabajo (experimental).

TESIS CON
FALLA DE URGEN

TABLAS Y GRAFICAS.

Resultados del grupo de control

Tabla 1. Edad (años). N=12

	n	Rango
Media	59.92	(38-79)
Desviación estándar	10.77	

Tabla 2. Tiempos de evolución de la enfermedad.

	n	Rango
Media	8.12	(1-25)
Desviación estándar	6.55	

Tabla 3. Detección de la glucosa:

Antes de la estrategia educativa.		
	n	Rango
Media	199.9	136-315 mg/dl
Desviación estándar	60.94	
Después de la estrategia educativa		
Media	182.5	148-289 mg/dl
Desviación estándar	37.5	

Resultados del grupo de trabajo

Tabla 4. Edad (años). N=12

	n	Rango
Media	58.67	(38-74)
Desviación estándar	13.56	

Tabla 5. Tiempo de evolución de la enfermedad.

	n	Rango
Media	10.8	(1-33)
Desviación estándar	9.72	

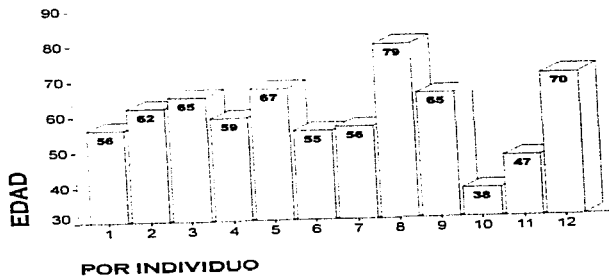
Tabla 6. Detección de la glucosa:

Antes de la estrategia educativa.		
	n	Rango
Media	200.92	132-340 mg/dl
Desviación estándar	67.4	
Después de la estrategia educativa		
Media	177.5	66-167mg/dl
Desviación estándar	26.9	

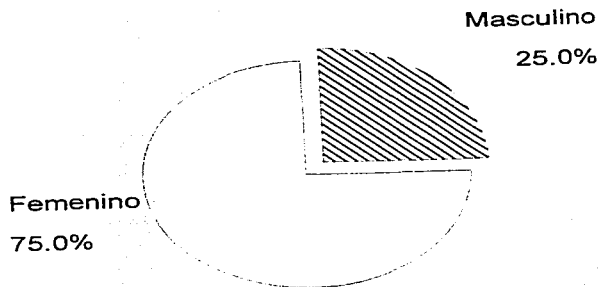
**TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION**

Grupo de Control.

Grafica 1. Edades.

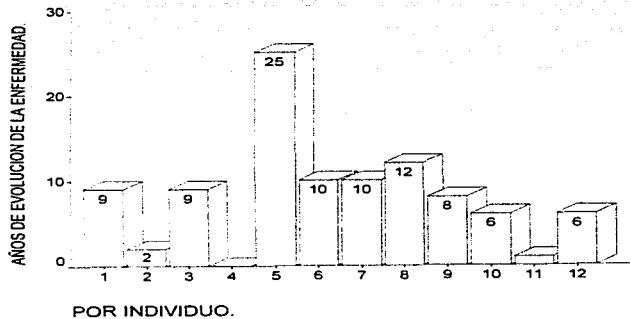


Grafica 2. Sexo.

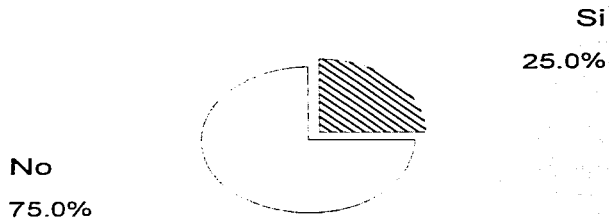


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3. Evolución de la enfermedad.

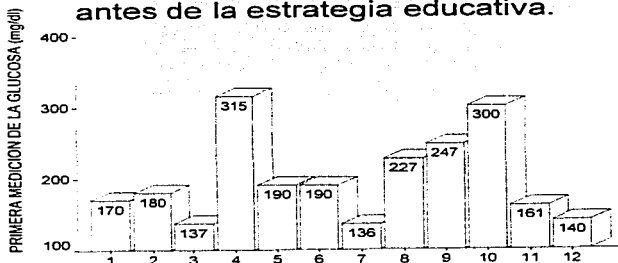


Gráfica 4. Educación profesional en diabetes antes de la estrategia educativa.



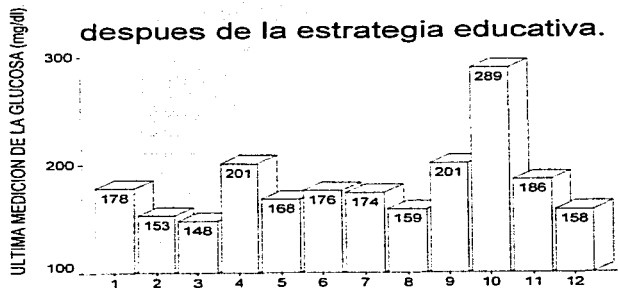
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 5. Determinación de la glucosa antes de la estrategia educativa.



POR INDIVIDUO

Gráfica 6. Determinación de la glucosa después de la estrategia educativa.



POR INDIVIDUO.

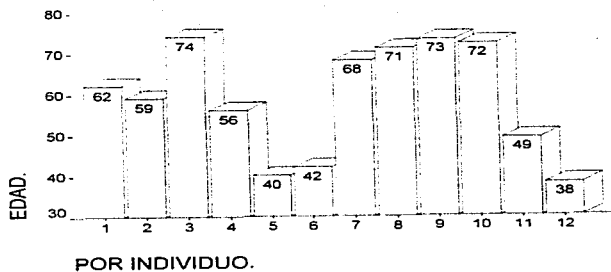
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FALTA
PAGINA**

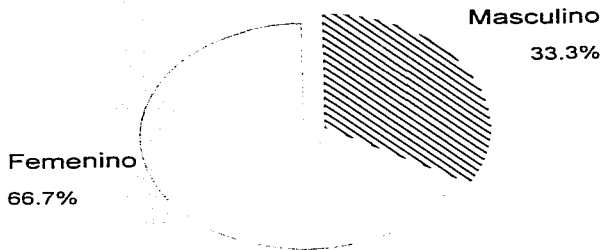
28

Grupo de Trabajo.

Grafica 7. Edades.

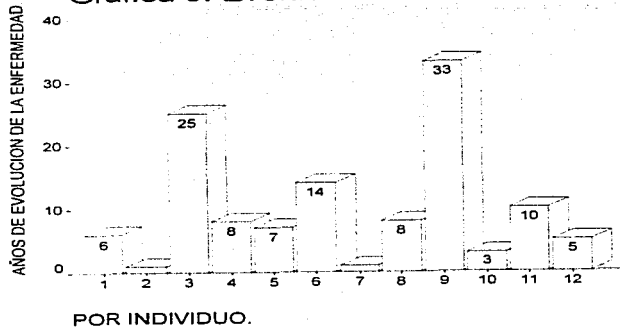


Grafica 8. Sexo.

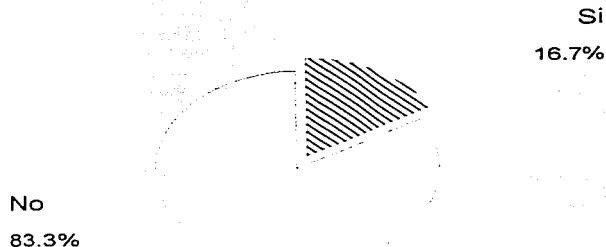


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica 9. Evolución de la enfermedad.

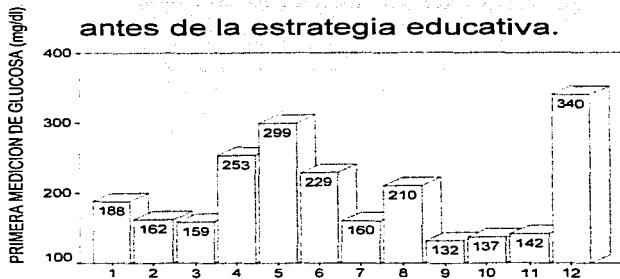


Grafica 10. Educación profesional en diabetes antes de la estrategia educativa.



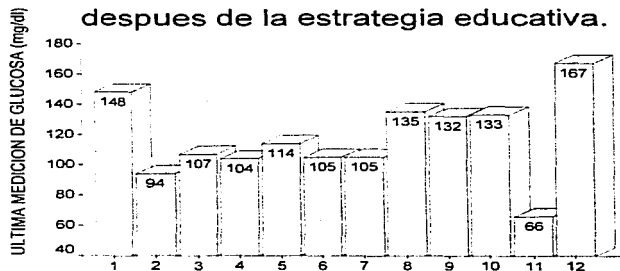
TESIS COM
FARMACIA DE GUAYAMA

**Grafica 11. Determinaciones de glucos:
antes de la estrategia educativa.**



POR INDIVIDUO.

**Grafica 12. Determinaciones de glucos:
despues de la estrategia educativa.**



POR INDIVIDUO.

ANALISIS DE RESULTADOS

El estudio se realizó con dos grupos con 12 pacientes cada uno. En ambos grupos el mayor porcentaje de pacientes fueron del sexo femenino, pudiéndose decir que de ambos sexos es el que con mayor regularidad solicita atención medica y acude a sus consultas es el sexo femenino; el sexo masculino en menor porcentaje muy probablemente debido a factores culturales y laborales.

Del grupo de control se pudo observar que el tiempo de evolución de la enfermedad osciló entre 0 y 25 años, llamando la atención que a pesar de este tiempo de evolución el grado de conocimientos de la enfermedad fue muy bajo, aun a pesar de las sesiones informativas a las que acudieron los resultados no son estadísticamente significativos.

En cuanto a las actitudes de este grupo al inicio se mostraban neutrales ante la enfermedad, observándose que si se modificaron positivamente después de las sesiones, en este rubro si se observaron resultados estadísticamente significativos.

En cuanto al control metabólico ni antes ni después se observaron cambios satisfactorios, obteniéndose resultados sin significancia estadística. Esto último llama aún más la atención ya que se observa que ni aun a pesar de consultas médicas mensuales, ni con la sesiones informativas a las que acuden los paciente hemos podido crear impacto que se refleje en el adecuado control metabólico; con lo que se hace urgente la necesidad de implementar otras estrategias que finalmente permitan un cambio en el estilo de vida del paciente y así un retraso en la evolución natural de la enfermedad y las consecuentes complicaciones de la misma.

Del grupo de trabajo el tiempo de evolución de la enfermedad osciló entre 1 y 33 años, encontrando muy bajos conocimientos antes de iniciar las sesiones educativas, pero que al término de éstas se incrementaron muy significativamente.

Así también el control metabólico de estos pacientes antes de las sesiones solo mostraba una falta casi total de involucramiento del paciente en el autocuidado, mismo que también se reflejaba en las actitudes ante la enfermedad. Pero lo gratificante de este trabajo fue el observar que después de las sesiones educativas/participativas a las que asistieron los pacientes se pudieron observar resultados estadísticamente significativos en cuanto a los conocimientos básicos de la enfermedad, así como el cambio de actitud ante esta siendo positiva y finalmente el grado de control metabólico al finalizar las sesiones.

Al realizar la comparación de ambos grupos es muy evidente que los cambios sustanciales en cuanto a conocimientos, actitudes y control metabólico son estadísticamente mas significativos en el grupo que se educa que en el grupo que se informa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Con este trabajo se pone en entredicho el papel que como médicos estamos realizando para la prevención de una enfermedad con complicaciones altamente costosas tanto económica, social y emocionalmente. Siendo que nuestro papel si bien no es protagónico en este control si es el de educador para estos pacientes, quienes a muchos años de vivir con la enfermedad han sido deficientemente informados acerca de los cuidados que debieran tenerse a si mismos, llegando incluso a dejar en manos del médico toda la responsabilidad, siendo que a los inicios de pleno siglo XXI ellos ya deberían estar totalmente involucrados en el autocuidado y con la plena conciencia de que la responsabilidad es compartida ya no solo entre paciente y médico, sino entre paciente-médico-familia y sociedad.

En este estudio se observa claramente la diferencia que existe entre un paciente informado y uno educado, siendo los primeros que mas existen a tantos años de vivir con la enfermedad. En este gran problema social que ya lo es la Diabetes Mellitus se hallan involucrados muchos aspectos sociales y culturales, siendo ya casi en todos el común denominador una dieta inadecuada, un estilo de vida sedentario, consumista y conformista. A todo esto sumándosele día con día otras enfermedades como lo son la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias e inclusive la depresión y el estrés.

No es el primer estudio que se lleva a cabo al respecto, sin embargo no han sido muchos los cambios logrados a partir de ver que los resultados son contundentes: la educación promueve cambio de actitudes y sentido de responsabilidad hacia uno mismo, mientras que la información crea más gente dependiente y pasiva.

Los grupos de ayuda han sido el pilar más importante para el control de otros padecimientos como lo son el alcoholismo, la drogadicción, las relaciones destructivas, entre otros. Siendo claramente espacios donde la persona que vive, duerme, camina, respira, despierta, sabe que no esta sola, menos aún que nadie sabe lo que se siente viviendo así. Son espacios donde uno acude con la certeza de que nadie nos va a juzgar ya que todos estamos allí por lo mismo, es decir, nos une el mismo sentir hacia una enfermedad. Sin embargo a pesar de existir desde hace varios años carecen de la suficiente difusión, como para que todos supieran que encontrarán allí.

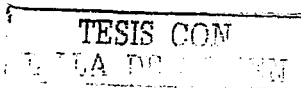
Al inicio de este estudio los pacientes del grupo de trabajo mostraban cierto rechazo, incredulidad y desconfianza, primero a vivir una experiencia diferente y para algunos una totalmente desconocida, ya que no todos habían sido siquiera informados. El camino no fue fácil pues es bien sabido que cambiar patrones de conducta es todo un reto, sin embargo el ser coordinador de un grupo como este implica el tener la sensibilidad para sentirse uno de ellos, vivir con diabetes a pesar de no tenerla en realidad, ponerse en el lugar de ellos. Primero la propuesta fue no etiquetarnos como -yo soy diabético y me llamo.....-, sino cambiar nuestra

propia visión para así cambiar la de los demás a —me llamo... y tengo diabetes—. Cuando se hizo esta observación hubo una reacción total de sorpresa ante el hecho de ver que nosotros mismos nos descalificamos y nos restamos valor como seres humanos. Ya con el transcurrir hubo una gratificante integración entre todos los que participamos en este grupo.

Los resultados fueron alarmantes por un lado ya que el saber que como médicos no hemos adoptado bien nuestro papel como educadores para la salud y no para la enfermedad y muchas veces ni eso, seguimos propiciando falta de involucramiento del paciente, la familia y la sociedad ante una enfermedad con altos impactos sociales, económicos y psicológicos. El comprobar que la información no ha arrojado resultados positivos y sin embargo seguimos informando. Por otro lado hubo resultados alentadores y gratificantes para aquellos que educan y se educan, por que es así como patrones de conducta se comienzan a modificar aun para aquellos que creían saberlo todo. Y no solo la educación modifica cifras de glucosas e incrementa conocimientos, sino también cambia actitudes de negativas a positivas y permite encontrar sentido a seguir haciendo cosas que se creían perdidas y sin sentido.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre nuestro actuar médico, o seguimos practicando medicina curativa o finalmente decidimos actuar en pro de la prevención.

Los resultados de esta investigación nos exigen implementar estrategias diferentes para modificar los resultados tan catastróficos que estamos viviendo tan solo con esta enfermedad llamada Diabetes Mellitus.



COMENTARIOS

Dos diferentes sentimientos se viven con este trabajo, por un lado lo alarmante que resulta el evidenciar que lo que estamos haciendo ante esta enfermedad no esta sirviendo para nada, ni la información, ni las citas mensuales, ni las enormes cantidades de dinero invertidas en tantos medicamentos para controlar la enfermedad y que sin embargo lo seguimos haciendo. Y por otro la satisfacción de obtener resultados positivos en esta investigación, que se ratifica al saber que llevo casi dos meses educar a tan solo 12 personas, pero que aun así nos permite fijar metas a corto plazo para que aunque sea de 12 en 12 esta labor que comienza no llegue a su final sino hasta haber logrado cambiar estilos de vida , incrementado calidad a la misma.

Ojalá a esta labor que parece casi imposible se sumen gentes comprometidas para educar y no informar. Que de ser casi imposible pase a formar parte del actuar diario de nosotros como médicos. Y se fomente al paciente la responsabilidad de su autocuidado.

TESIS CON
SELLA DE ORIGEN

RESUMEN

Comparación de dos estrategias educativas para el control metabólico del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del I.M.S.S. Reyes Aguilar Blanca Flor¹. Robledo Hernández Verónica Nancy². Pineda Aquino Victoria³. Valencia Islas Yolanda Estela⁴. Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar no. 20 Delegación 1y2 Noreste D.F México

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica degenerativa. **Objetivo:** Comparar en dos estrategias educativas, el grado de control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, manejados en Grupos de Ayuda y cuando reciben pláticas informativas por el servicio de Trabajo Social. **Material y métodos:** Estudio Cuasiexperimental (experimental, prospectivo, longitudinal, comparativo y abierto). Los pacientes fueron captados por el Servicio de Trabajo Social, se llevaron a cabo 8 sesiones educativas a través de Grupos de Ayuda. **Resultados:** En este estudio se observa claramente la diferencia que existe entre un paciente informado y uno educado. **Conclusiones:** Los resultados nos muestran que educar es motivar al paciente y familiares para que cambien y adopten hábitos, actitudes y valores que lo lleven a disfrutar su vida.

TESIS CON
FALLA DE COCEN

BIBLIOGRAFIA

1. Terrés SA. Confiabilidad y aplicabilidad de los nuevos criterios internacionales para el diagnostico de Diabetes Mellitus. Rev Med Patol Clin 2002; 49 (4): 212-220.
2. Alpizar SM. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Ed. Manual Moderno 2001.
3. Tapia CR. Encuesta Nacional de enfermedades Crónicas. Distrito Federal, México. Secretaría de Salud 1993: 19-24.
4. Guerrero RF, Rodríguez MM. Diabetes Mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica. Rev Med IMSS 1996; 34 (1):43-48.
5. Guerrero RF, Rodríguez MM. Complicaciones relacionadas con la mortalidad por diabetes Mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple. Med Int Mex 1997; 13: 263-267.
6. Organización Mundial de la Salud. Diabetes Mellitus. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie de informes técnicos No. 727. Ginebra, 1995.
7. Kuri MP, Vargas CM, Zárate HM, Juárez VP. La diabetes en México. Dirección General de Epidemiología, Secretaria de Salud. Periodismo de Ciencia y Tecnología. Junio 2001.
8. Periodismo de Ciencia y Tecnología. El impacto social y económico de la Diabetes en México. Febrero 2002.
9. SSA Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Rev. Med IMSS 2000; 38(6): 447-495.
10. Duran GL, Bravo FP, Hernández RM, Becerra AJ. El Diabético Optimista. Manual para diabéticos y profesionales de la salud. Ed. Trillas 1999.
11. Manual de Grupos de Autoayuda. Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Desarrollo Social 1999.
12. Duran GL, Bravo FP, Hernández RM. Paginas de Salud Pública. Salud Pública de México 1998; 40(1): 1-3.
13. Rodríguez MM, Guerrero RF. Importancia del apoyo familiar en e control de la glucemia. Salud Pública de México 1997; 39 (1): 44-47.
14. Rodríguez o. Arauz AG, Roselio M, Jiménez M, Vargas M. Efecto de un modelo educativo en Diabetes Mellitus sobre el control metabólico. Asociación Latinoamericana de Diabetes 1998; 4: 205-211.
15. Arauz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselio M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev. Panan Salud Pública. Pan Am J. Public Healt 2001; 9(3): 145-152.
16. Genesier J, Mias MA, Migeles JM. Enfoque de la educación del diabético. Asociación Latinoamericana de Diabetes 1997; 5 (2): 88-90.

TESIS CON
CALA DE ORO

ANEXOS

PRIMERA SESION

ACTIVIDAD

- Presentación de los pacientes participantes y sus familiares, así como del coordinador de las sesiones.
- Exposición acerca del grupo de ayuda.
- Toma de niveles de glucosa capilar, tensión arterial, talla y peso.
- Aplicación de cuestionarios.

OBJETIVOS

- Conocer a los pacientes y familiares con los que se estará conviviendo y apoyando
- Conocer el papel que desempeña el apoyo de equipo en el control de la enfermedad
- Conocer el estado de salud y tomar un papel activo en el cuidado de la salud
- Registrar en tarjetas individuales los signos vitales
- Recabar datos sociodemográficos y psicológicos de cada paciente y su familia

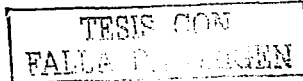
CONTENIDO DE LA SESION

• ETAPA SOCIAL:

Me presente con el grupo, agradeciendo la participación de cada uno en el estudio, expliqué el principal motivo para realizar este estudio el cual es que como médicos les debemos información acerca de la enfermedad que les brindaría el apoyo y sustento a los cuidados para la misma. Ninguna explicación justifica esta omisión pero si pudiera permitirles entender que muchas veces la gran demanda de consulta nos impide llevar a cabo esta labor, es por ello que el interés de formar grupos de ayuda es que en él encuentren personas que viven situaciones similares, pudiendo apoyarnos entre nosotros y aprender de los demás. Nadie mejor que esas personas para entendernos lo que estamos viviendo y sintiendo con la diabetes.

• ETAPA DE DESARROLLO:

Se realizó la determinación de cifras arteriales de cada paciente con baumanómetro anerode y glucemia capilar con glucómetro Elite-Bayer.



Se proporcionó a cada paciente los cuestionarios de conocimientos y actitudes explicando la manera de contestarlo apoyando a aquellos que tuvieron dudas de manera personal.

Se proporcionó material impreso acerca de los grupos de ayuda preguntando:

- A. ¿qué piensan acerca de estos grupos de ayuda?...
- B. ¿conocen alguno que pudieran ponerme como ejemplo?...
- C. ¿creen ustedes necesitar de un grupo como este?...
- D. ¿será importante la participación de mi familia?, ¿por qué?...
- E. Preguntas exclusivamente para los familiares que asistieron ¿conocen o creen tener los conocimientos necesarios acerca de la enfermedad aunque no la padezcan?, ¿por qué considerarían importante estar educados ustedes también acerca de la Diabetes Mellitus?...
- F. ¿les interesa educarse en diabetes o sólo estar informados?
- G. ¿encuentran alguna diferencia entre estas dos palabras?, ¿cuál creen que sea?

Durante toda la sesión promovi la participación de pacientes y familiares obtuve como conclusión de uno de ellos la posibilidad de que al final de las sesiones entre todos redactáramos un decálogo para vivir con la diabetes. Todos asentimos e iríamos anotando los puntos importantes de cada sesión. Terminó la sesión con la invitación a compartir lo vivido este día con el resto de su familia, reflexionar acerca de cómo han vivido desde el diagnóstico de la misma y cómo ellos se han responsabilizado en su autocuidado.



SEGUNDA SESION

ACTIVIDAD

- Toma de signos vitales
- Exposición y discusión acerca de esa enfermedad llamada diabetes
- Exposición y discusión acerca de las causas de la diabetes
- Exposición y discusión acerca de los tipos y desarrollo de la diabetes
- Exposición y discusión de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes y medidas generales para prevenirlas

OBJETIVOS

- Registro de signos vitales en las tarjetas individuales
- Conocer de dónde proviene, qué quiere decir y a quién afecta el padecimiento, así como identificar la función del páncreas como principal órgano involucrado en la enfermedad
- Distinguir entre los diferentes tipos de diabetes y conocer los aspectos más importantes de cada uno
- Conocer la importancia que tienen los factores físicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad
- Que los participantes conozcan las causas, manifestaciones y medidas preventivas, curativas y de rehabilitación para ayudar a controlarla
- Conocer las principales complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, los síntomas principales de cada una de ellas, así como las medidas para prevenirlas y la atención médica que deben recibir

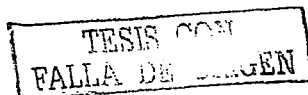
CONTENIDO DE LA SESION

- **ETAPA SOCIAL:**

Les interrogué acerca de cómo se han sentido desde la primera sesión al darse cuenta que han dado un paso muy importante para el control de su enfermedad al asistir a los grupos de ayuda.

- **ETAPA DE DESARROLLO:**

Con la ayuda de material didáctico elaborado por el coordinador se realizó la exposición acerca de la enfermedad, sus causas, tipos y complicaciones así



como medidas para prevenirlas. Se promovió la participación de los pacientes acerca de sus creencias y experiencias y sentimientos vividos. Se interrogó acerca de las dudas antes de terminar la sesión.

Se les interrogó acerca de las causas que ellos conocían de la diabetes, haciéndoles preguntas abiertas como:

- A. Conocen ustedes alguna causa de diabetes....
- B. Que creen ustedes que cause la diabetes...
- C. Creen que la herencia sea una causa de diabetes...
- D. El tipo de alimentación será causante de diabetes...
- E. La inactividad física será una causa de diabetes...

Se les explicó que Diabetes o pasar a través proviene del griego y significa literalmente, excesiva emisión de orina por parte del paciente; como si el agua lo atravesara a grandes velocidades. Y Mellitus o Enmielado proviene del latín y se refiere a la cantidad de azúcar en la orina. Se le llama así porque su olor es parecido al del dulce.

Se explicó que una enfermedad crónica degenerativa; es decir, de por vida, pero con el adecuado control modifica sustancialmente la historia natural de la enfermedad, permitiendo así el retraso en la aparición de las complicaciones agudas y crónicas.

F. Pregunte acerca de cuáles complicaciones agudas conocían y habían presentado, se habló en específico de la hipoglucemia y la hiperglucemia (estado hiperosmolar y cetoacidosis)

G. Se realizó exposición con material didáctico para explicar las causas de cada una de las complicaciones antes mencionadas, así como los síntomas que se presentan en cada una de ellas las medidas inmediatas a realizar ante cualquiera de estas.

H. De las complicaciones crónicas se mencionaron la nefropatía diabética, retinopatía diabética, enfermedades cardiovasculares, problemas dermatológicos, enfermedad osteoarticular, neuropatía diabética, entre las más importantes.

H. Con tribuna libre pregunte acerca de las medidas a realizar para evitarlas

I. Se concluyó la sesión solicitándoles que analicen sobre sus hábitos higiénicos y dietéticos que contribuyen al descontrol de la enfermedad, también solicite anotaran los alimentos que consumen durante cada comida (tipo de alimento y cantidad, un desayuno, una comida y una cena), para analizarlos en la siguiente sesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TERCERA SESION

ACTIVIDAD

- Exposición y discusión acerca de la alimentación y dieta
- Exposición y discusión acerca de los medicamento
- Exposición y discusión acerca de la higiene, un medio saludable

OBJETIVOS

- Identificar los alimentos aprovechables y perjudiciales para el organismo, elaborar la dieta y autorregistro de los alimentos que se consumen para conocer y analizar la relación con las cifras de glucosa en sangre y estado de salud en general
- Conocer los tipos y función de los hipoglucemiantes e insulina a saber cuándo y cómo administrar, el autorregistro de las dosis y horarios, para conocer y analizar su relación con las cifras de glucosa y el estado de salud general
- Analizar las medidas higiénicas para prevenir complicaciones y sufrimientos innecesarios

CONTENIDO DE LA SESION

- ETAPA SOCIAL:

Se les dio la bienvenida y se reforzaron positivamente las medidas realizadas por cada uno de ellos desde la última sesión, incluyendo a su familia para el manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

- ETAPA DE DESARROLLO:

Con ayuda de material elaborado por el coordinador se expuso la información acerca de los grupos de alimentos, las formas de combinarlos; de los medicamentos existentes para el control de la enfermedad y la importancia de su uso; las medidas higiénicas y cuidados necesarios. Se promovió la participación

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

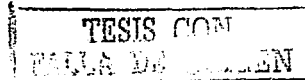
de los pacientes y familiares para resolver dudas y modificar conductas. Se les proporcionaron las listas de alimentos por grupos y analizándolas todos en conjunto se interrogó acerca de:

- A. Que entienden por alimentación adecuada
- B. Que entienden por alimentación equilibrada
- C. Que son las proteínas y en que porcentaje deben estar en la dieta
- D. Que son los carbohidratos y en que porcentaje deben estar en la dieta
- E. Que son las grasas y en que porcentaje deben estar en la dieta

Con su peso y talla obtenidos en la primera sesión se les realizó el cálculo de Índice de Masa Corporal y con las tablas de los diferentes grupos de alimentos y las Kcal que proporcionan por ración hicimos el ejercicio de que cada uno calculara un menú en base a los porcentajes que de cada grupo de alimento deberían consumir. Enfatizando en que ellos podrían elaborar su propia dieta en base a sus requerimientos, gustos y economía.

El cálculo de calorías se realizó en base a la actividad física de cada uno de ellos y su Índice de Masa Corporal (20 a 30 calorías por kilogramo de peso. Recalque la prudencia que deben guardar con las bebidas alcohólicas. Recomendando cocinar con poco aceite de preferencia aceite de cártamo, poca sal; se les proporciono una lista de alimentos con alto contenido de colesterol; así también lo importante de hacer un esfuerzo para consumir los alimentos en un horario fijo, lo cual permitirá al organismo utilizar los medicamentos de manera adecuada, sentir menos hambre y bajar de peso.

Con los registros de los alimentos solicitados desde la sesión anterior comparamos lo que habían estado comiendo y que deberían comer; terminando entonces la sesión con la necesidad de reflexionar sobre como sus hábitos alimenticios estaban causando descontrol metabólico.



CUARTA SESION

ACTIVIDAD

- Toma de signos vitales
- Exposición y discusión acerca de la actividad física
- Exposición y discusión acerca del tratamiento profesional

OBJETIVOS

- Autorregistro de signos vitales para compararlos con la alimentación, estados emocionales y medicamentos
- Autorregistro del tipo y cantidad de ejercicio físico para conocer y analizar su relación con las cifras de glucosa y el estado general de salud
- Analizar los tratamientos que permitan equilibrar el proceso salud-enfermedad

CONTENIDO DE LA SESION

- ETAPA SOCIAL:

Se dará la bienvenida interrogando cómo se han sentido hasta esta sesión, lo que han hecho en sus casas con los conocimientos adquiridos.

- ETAPA DE DESARROLLO:

Con material elaborado por el coordinador se expondrá acerca del tipo de ejercicios posibles realizar como lo son el movimiento y el esfuerzo, siempre teniendo en cuenta la importancia del control metabólico y prevención de hipoglucemias esto aunado con la importancia de ser siempre evaluados por un profesional o personal capacitado. Una vez lograda la motivación se les informo que habrá una sesión donde se realizará ejercicio físico para mostrarles los tipos de ejercicios posibles de realizar y se les pedirá asistan con ropa cómoda. Se les interrogó acerca de lo que ellos llamaban ejercicio o actividad física, con material didáctico se les explicaron las diferentes fases del ejercicio y los aspectos básicos a considerar cuando apenas iniciamos una actividad física como lo es: un

ejercicio adecuado para la edad, las enfermedades concomitantes, el incremento gradual en el tiempo a realizarlo. Se interrogo sobre:

- A. Que otros beneficios creen que proporcione el realizar una actividad fisica
- B. Que cuidados debo tener si llevo mucho tiempo sin realizar una actividad fisica
- C. Que lugares serian los más recomendados para realizar una actividad fisica
- D. Que tipo de zapato hay que utilizar, será importante utilizar un zapato especial para ustedes que tienen diabetes

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

QUINTA SESION

ACTIVIDAD

- Exposición y discusión acerca del control de los estados emocionales
- Exposición y discusión de los estados emocionales en el paciente con diabetes
- Exposición y discusión acerca del apoyo físico, psicológico y social

OBJETIVOS

- Analizar la utilidad de las técnicas de relajación para los bajos niveles de glucosa en sangre, registrar los estados emocionales para identificar las causas y su relación con las cifras de glucosa
- Propiciar que los familiares identifiquen los estados emocionales que experimenta el paciente con diabetes y las medidas por seguir para contribuir a prevenir las complicaciones

Dar a conocer a los pacientes y familiares la información necesaria para contribuir a aumentar la autoestima y disminuir la dependencia en los pacientes, así como mejorar las relaciones interpersonales entre la familia fomentando la comunicación

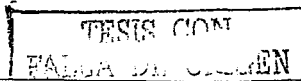
DESARROLLO DE LA SESION

- **ETAPA SOCIAL:**

Se dió la bienvenida y se interrogó acerca de cómo se han sentido hasta esta sesión así como los cambios que han realizado en su estilo de vida con los conocimientos adquiridos.

- **ETAPA DE DESARROLLO:**

Con ayuda de material elaborado por el coordinador se realizó la exposición propiciando la participación de los pacientes para externar sus sentimientos vividos desde el diagnóstico de su enfermedad y que muchas veces no se comparten con la familia. Fomente la participación de la familia para comprender



estos sentimientos y a todos hacerles partícipes de que esto lo sienten todos los miembros de la familia.

Solicité que en un tarjeta anotara cada uno de los asistentes (pacientes y familiares) cinco sentimientos vividos durante la semana en relación a su vivir con diabetes y después cada uno comento acerca del que mas haya sentido que le afecto su estado emocional

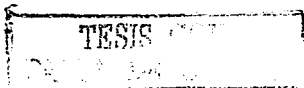
Explicué que los estados emocionales son tan dinámicos como la glucosa, es decir se modifican de un momento a otro, existiendo las agradables y desagradables, ligeras y pesadas y que unas u otras son finalmente la expresión de la fuente de energía de la vida, que se canaliza a través de diferentes vías corporales.

Comentamos acerca de la autoestima concluyendo en grupo que es el propio valor que tenemos por ser seres humanos.

En cuanto al estrés comentamos que es una tensión, una reacción generalizada e inespecífica ante el cambio, que suele manifestarse como una tensión muscular, irritabilidad, dolor de cabeza, fatiga entre muchas otras manifestaciones.

Antes de la técnica de relajación y para terminar la sesión hablamos de la paz, que es el sentir la serenidad y aliento que produce el verse con respeto a uno mismo.

Realizamos una técnica de relajación (la montaña) antes de terminar la sesión.



FALTAN

LAS

PAGINAS

48

A

52

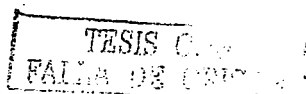
TARJETA 1
GRUPO DE APOYO A PACIENTES CON DIABETES
TARJETA DE AUTOCONTROL DE LA DIABETES

NOMBRE
TALLA
MEDICAMENTOS:

EDO. CIVIL:

SEXO:
OCUPACIÓN:

FECHA	PESO	TENSION ARTERIAL	GLUCEMIA



TESIS C. ...
FALTA DE ...

TARJETA 2

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

El presente cuestionario forma parte de una investigación, la información que usted proporcione será utilizada de forma confidencial, mucho le agradeceremos la veracidad de sus respuestas, su participación es muy importante.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Años con diabetes _____ ¿Ha recibido educación profesional en diabetes? _____
 Domicilio _____ Colonia _____
 Teléfono _____

Instrucciones Marque con una cruz la respuesta que considere correcta (sí, no, no se).

	SI	NO	NO SE
1. Comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes			
2. La diabetes es causada por falta de insulina en el cuerpo			
3. La diabetes es causada porque los riñones no eliminan el azúcar			
4. Los riñones producen la insulina			
5. En la diabetes no tratada, la cantidad de azúcar en la sangre suele subir			
6. Si tengo diabetes, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos			
7. La diabetes se puede curar			
8. Un nivel de azúcar de 210 en una prueba de sangre en ayunas es muy alto			
9. La mejor manera de vigilar mi diabetes es haciendo pruebas de orina			
10. El ejercicio regular aumentará la necesidad de utilizar insulina o de otros medicamentos para la diabetes			
11. Hay dos tipos principales de diabetes, tipo 1 y tipo 2			
12. El azúcar puede bajar en la sangre por comer mucho			
13. Las medicinas son más importantes que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes			
14. La diabetes con frecuencia produce problemas en la circulación			
15. Las heridas y los rasguños cicatrizan más despacio en las personas con diabetes			
16. Si tengo diabetes, debo ser más cuidadoso al cortarme las uñas de los dedos de los pies			
17. Una persona con diabetes debe limpiar una cortadura primero con yodo y alcohol			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

18. La forma de preparar las comidas es tan importante como el horario para comer			
19. La diabetes puede dañar mis riñones			
20. La diabetes puede hacer que pierda la sensibilidad en mis manos y pies			
21. Temblar y sudar son síntomas de que el azúcar en la sangre está alta			
22. Orinar con frecuencia y tener sed son síntomas de azúcar baja en la sangre			
23. Los calcetines y las medias apretadas son malos para las personas con diabetes			
24. La dieta para las personas con diabetes consiste principalmente en comidas especiales			

Fecha

PREVIO _____ POSTERIOR _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ACTITUDES EN LA DIABETES

Marque con una cruz la opción que más se acerque a lo que usted piensa en relación a usted y su diabetes.

EN GENERAL CREO QUE YO...	5	4	3	2	1
1. ...conozco con qué partes del cuidado de mi diabetes estoy satisfecho					
2. ...conozco con qué partes del cuidado de mi diabetes estoy insatisfecho					
3. ...conozco qué partes del cuidado de mi diabetes estoy dispuesto a cambiar					
4. ...conozco qué partes del cuidado de mi diabetes no estoy dispuesto a cambiar					
5. ...puedo escoger metas realistas en el cuidado de mi diabetes					
6. ...conozco cuáles de mis metas en la diabetes son más importantes para mí					
7. ...conozco las cosas de mí mismo que me ayudan o impiden alcanzar mis metas					
8. ...puedo tener buenas ideas que me ayuden a alcanzar mis metas					
9. ...soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto					
10. ...puedo alcanzar mis metas una vez que me he decidido a hacerlo					
11. ...conozco qué barreras pueden hacer el logro de mis metas más difícil					
12. ...puedo pensar en diferentes formas de superar las barreras que me impiden alcanzar mis metas en la diabetes					
13. ...puedo intentar diferentes cosas para superar las barreras que me impiden alcanzar mis metas en la diabetes					
14. ...soy capaz de decidir qué acciones debo realizar para superar mis barreras y funcionan mejor para mí					
15. ...puedo decir cómo me estoy sintiendo teniendo diabetes					
16. ...puedo decir cómo me estoy sintiendo cuidando de mi diabetes					
17. ...conozco en qué forma la diabetes causa estrés en mi vida					
18. ...conozco maneras positivas para enfrentar el estrés de la diabetes					
19. ...conozco las maneras negativas o nocivas con las que enfrento el estrés de la diabetes					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. ...puedo afrentar bien el estrés de la diabetes					
21. ...puedo pedir ayuda para vivir y cuidar de mi diabetes cuando la necesito					
22. ...puedo apoyarme a mí mismo para enfrentar a la diabetes					
23. ...conozco qué es lo que me ayuda a mantenerme motivado para cuidar de mi diabetes					
24. ...soy capaz de automotivarme para cuidar de mi diabetes					
25. ...conozco lo suficiente de diabetes para tomar las decisiones correctas en relación a mi autocuidado					
26. ...me conozco lo suficiente para tomar las decisiones más saludables para mi diabetes					
27. ...sé cómo aprender más de mí como persona para tomar las decisiones para el cuidado de mi diabetes					
28. ...puedo darme cuenta si vale la pena cambiar la forma en que cuido mi diabetes					

PREVIO _____ POSTERIOR _____

PESO:

TALLA:

DESTROSTIX:

ULTIMA GLUCEMIA EN AYUNO: mg/dl

FECHA:

TENSIÓN ARTERIAL:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN