

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 2 "JUANA DE ASBAJE"  
MÉXICO, D.F.

**CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y LAS  
NECESIDADES EDUCATIVAS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 5**

TRABAJO  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. PATRICIA RUBÍ MARQUEZ**

MÉXICO, D.F.

2005

m346868



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.

**CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y LAS  
NECESIDADES EDUCATIVAS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°5**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. PATRICIA RUBÍ MARQUEZ**

AUTORIZACIONES:



**DRA. MARÍA DE LA LUZ IBARRA CHÁVEZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF N°2

**DRA. BEATRIZ GAÑA ERETZA**

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR CENTRO INVESTIGACION EDUCATIVA Y FORMACIÓN  
DOCENTE LA RAZA

**DRA. BEATRIZ GAÑA ERETZA**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR CENTRO INVESTIGACION EDUCATIVA Y FORMACIÓN  
DOCENTE LA RAZA



**DRA. ROSA LIDIA DE LA ROSA RINCÓN**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

MÉXICO, D.F.

2005



**CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y LAS  
NECESIDADES EDUCATIVAS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°5**

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

**PRESENTA:**

**DRA. PATRICIA RUBÍ MARQUEZ**

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>Página</b>
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
- General	9
- Específicos	9
Hipótesis.....	10
Metodología.....	11
- Tipo de estudio	11
- Población, lugar y tiempo de estudio	12
- Tamaño y tipo de muestra	13
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	14
- Información a recolectar (variables a recolección)	15
- Método o procedimiento para captar la información	17
- Consideraciones éticas	19
Resultados.....	20
- Análisis estadístico de los resultados	20
- Tablas y gráficas	22
Interpretación analítica de los resultados.....	52
Conclusiones.....	55
Referencias bibliográficas.....	57
Anexos.....	59

## ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial y ha llegado al grado de ser considerada como una pandemia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se manifiesta que existen alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo y se espera que la cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento será del 40% en países desarrollados y 70% en los países en vías de desarrollo; la prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus Tipo 2 va de 5 a 211 por cada mil habitantes (1980-1985).<sup>(1)</sup>

En América Latina existen probablemente 20 millones de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, que son asintomáticas, existe una alta probabilidad que de no implementarse medidas de intervención el número de casos se duplicará en los próximos 10 años.<sup>(2)</sup>

En 1986, el costo de los cuidados de los diabéticos Tipo 2 en los Estados Unidos de América del Norte fue de 11,558 millones de dólares; el costo total aproximado fue de 20 billones de dólares; cuando se tomó en consideración la pérdida en productividad para 1991, la cifra se duplicó.<sup>(3)</sup>

De acuerdo con publicaciones científicas de la Organización Panamericana de la Salud,<sup>(4)</sup> la Diabetes Mellitus es la causa más frecuente de polineuropatía y alrededor del 50% de los diabéticos presentan alteraciones neuropáticas; en los 25 años siguientes al diagnóstico, la diabetes es responsable de poco más del 40% de todas las amputaciones no traumáticas, mientras que la nefropatía diabética se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal terminal, así también es la primera causa de ceguera en el adulto.

Las personas que sufren esta enfermedad tienen mayores índices de hospitalización y su estancia es más prolongada, es inaceptable ante el nivel de avance científico y tecnológico actual dado que se cuenta con el arsenal terapéutico necesario para retrasar las complicaciones agudas y crónicas; esto sólo refleja la falta de motivación del paciente para mantener su tratamiento además de otros factores.

En 1995, México contaba con 3.8 millones de adultos diabéticos y ocupaba el 9° lugar dentro de los 10 países con mayor número de personas diabéticas; para el año 2025 se estima alcance los 11.7 millones y pase a ocupar el 7° lugar en orden de frecuencia.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) que realizó la Secretaría de Salud en 1993, se encontró una prevalencia de Diabetes Mellitus del 7.2% y ocupó el 4° lugar dentro de las principales causas de muerte.<sup>(5)</sup> Asimismo se estima que para 1997 existían aproximadamente 4 millones de mexicanos entre 20 y 69 años que padecían diabetes.

La prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2, varía de 0 – 39% en función de la raza, edad y tipo de encuesta. En México, recientemente se estimó que oscila de 1.9% en el medio rural a 6.3% en el urbano, elevándose conforme aumenta la edad: en medio urbano corresponde a 1.6% en menores de 40 años, y a 22.3%, en mayores de 62 años; en el medio rural ocupa 0.3% en menores de 40 años, y 6.5% en mayores de esa edad.

En México, la Diabetes Mellitus constituye uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia, actualmente se registran más de 180 mil casos y causa alrededor de 36 mil defunciones.<sup>(6)</sup>

El conocimiento de la magnitud real de la Diabetes Mellitus en cuanto a los indicadores básicos de incidencia y prevalencia está limitado por importantes aspectos de tipo metodológicos comunes, no solamente a todas las instituciones del país sino que se presentan también en el ámbito mundial.<sup>(7)</sup>

Se calcula que 2' 408,453 derechohabientes del IMSS son diabéticos.

El número de consultas por Diabetes Mellitus atendidas por el médico familiar ha aumentado sustancialmente, de poco más de 897 mil consultas que se otorgaron en 1984, a 5 millones para 1997, con un incremento del 460%. En cuanto a la consulta de médicos no familiares (especialistas) se otorgaron aproximadamente 152 mil consultas en 1984, contra 429 mil para 1997, con un incremento del 181%; en este periodo se registró un incremento de sólo 23% en la población derechohabiente.

En relación a los principales motivos de consulta, la frecuencia de Diabetes Mellitus en medicina familiar pasó del sexto lugar en 1991 a ocupar el segundo lugar para 1997, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como pensiones por invalidez; es también una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario.<sup>(8)</sup>

En la consulta de especialidades, de un segundo lugar se situó en el primer motivo de demanda de atención para 1997 y en relación a los internamientos por diabetes, en los últimos tres años, de cada ocho consultas otorgadas en especialidades existe un ingreso al hospital.

Es alarmante la gran demanda de atención hospitalaria que genera la Diabetes Mellitus, al analizar los egresos totales reportados de 1980 a 1997, el incremento fue del 66.2%, al pasar de 1'578,264 a 2'623,760; el incremento en este mismo periodo específicamente para la Diabetes Mellitus, fue de casi tres veces más, al pasar de 19,768 a 59,730.

Para 1997 la razón de internamientos y defunciones fue de 18 a 1, lo cual quiere decir que de 18 pacientes diabéticos que se hospitalizaron, uno de ellos egresa por defunción, situación impactante que corrobora que la diabetes hoy en día es una de las principales causas de defunción.

El incremento de mortalidad por Diabetes Mellitus muestra un comportamiento exponencial al revisar el perfil de mortalidad durante los últimos 15 años, podemos observar que la tasa se ha duplicado al pasar de 25.3 por 100,000

derechohabientes usuarios (DHU) para 1981, a una tasa de 62.2 por 100,000 (DHU), y para 1997 un total de 15,111 defunciones para este último año.

Un indicador que nos sirve para medir el impacto de la muerte temprana por diabetes lo constituyen los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). En 1991 en el Instituto Mexicano del Seguro Social ocurrieron 9,171 defunciones por Diabetes Mellitus que ocasionaron 76,801 AVPP para 1997, el total de defunciones por esta causa fue de 15,111 ocasionando 119,398 AVPP, con un incremento del 55.5 % AVPP durante este período de tiempo.<sup>(9)</sup>

Al obtener el total de AVPP, para cada una de las principales causas de mortalidad durante 1996, la Diabetes Mellitus ocupó el segundo lugar de los padecimientos que originaron mayores pérdidas de salud: 27.7% del total de AVPP, con un total de muertes de 401,499 precedido solamente por el síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, 138,600 (34.5%).

En promedio en 1997 diariamente murieron por complicaciones de esta enfermedad 42 derechohabientes<sup>(10)</sup>, su repercusión económica se puede apreciar si consideramos que durante el quinquenio 1992-1997, el gasto promedio anual de la atención a los enfermos que padecen Diabetes Mellitus superó los 200 millones de pesos.

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 120 mg/dl debe ser uno de los principales objetivos a lograr en su manejo.

En nuestro medio, el 48 a 69 % de los pacientes con diabetes Tipo 2 cursan con cifras elevadas de glucemia, según se ha reportado en diferentes núcleos poblacionales<sup>(11)</sup>, lo que implica que los esfuerzos para el control metabólico de estos pacientes han sido insuficientes. El control de la glucemia, más que el simple hecho de tomar un medicamento, involucra una serie de actitudes frente a la enfermedad que dependen en parte del conocimiento que tienen el enfermo y sus familiares sobre la diabetes, aspectos en los que la educación ejerce uno de los papeles de mayor importancia.<sup>(12)</sup>

Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de educación hacia un estilo de vida favorable y una actitud que mejore el control de su enfermedad, lo cual se puede lograr mediante estrategias educativas<sup>(13)</sup>. Entre las etapas psicológicas de negación, ira y negociación por la que suele atravesar el paciente antes de aceptar la enfermedad, existen grandes vacíos, en los que permanece a veces por años, o de los que nunca sale.<sup>(14)</sup>

Antes de pasar a la aceptación en la que es capaz de lograr un mejor control, la autoafirmación y la autoestima son trascendentales para ello<sup>(15)</sup>, conforme el paciente adquiere mayor conciencia de su enfermedad se percata de la naturaleza crónica del padecimiento y que depende de él mismo la decisión de mantenerse controlado.

Dado que el origen de las complicaciones se finca en el descontrol crónico, es evidente la insuficiente labor de educación en el consultorio y la necesidad de un esfuerzo mayor para la educación tanto del paciente como del médico, así como la formación de educadores en diabetes.

El concepto de la educación del diabético no es nuevo: en 1857 Apollinaire Bouchadat lo promovía junto con las pruebas urinarias diarias y la reducción de peso, como las piedras angulares del tratamiento de la diabetes.

El conocimiento por parte del paciente acerca de la diabetes y sus complicaciones amplía el interés en el tratamiento y magnifica la cooperación con el médico.

Sin embargo, la naturaleza de la enfermedad y sus complicaciones es desconocida por la mayoría de los enfermos; lo anterior debido a su nivel escolar, a las variables sociodemográficas y sobre todo a falta de un sistema de educación adecuado.

Ha quedado demostrado que el entrenamiento del paciente disminuye el número e intensidad de las complicaciones, el número y días de hospitalización, los gastos por medicación (insulina, hipoglucemiantes) principalmente, servicios de control auxiliares y tratamientos por complicaciones como diálisis, fotocoagulación retiniana, rehabilitación, ortopedia y cirugía redundan en disminución de la erogación para la institución.

Para el período comprendido entre 1971 y 1980, Davidson calculó un ahorro de 499,850 dólares en los requerimientos de sulfonilureas por 100,000 pacientes en quienes presentó un 5.5% del total del ahorro, calculado en 9,108,740 dólares, representando el 7.3% (6,660,000 dólares) derivado de la reducción de amputaciones y 23% (1,900,600 dólares) de la disminución de incidencia de coma diabético.

Es indispensable hacer énfasis en la especial importancia de la educación del paciente en el consultorio, la cual implica enseñar los aspectos básicos de la diabetes, promover la modificación en el comportamiento y solucionar los problemas inmediatos, con cambios en los marcos psicológicos de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y control, la influencia del médico en la conducta del paciente frente a la enfermedad, constituye un punto cardinal que muchos profesionales de la salud no consideran, limitándose al diagnóstico y a la prescripción, dejando a un lado la valiosa herramienta de la educación del paciente.

En el sistema de atención médica del IMSS, el tratamiento de los pacientes diabéticos depende del médico familiar, quien cuenta a su vez con diferentes servicios de apoyo, lo que en teoría debería facilitar el proceso de educación del paciente.

La educación en el IMSS se imparte de forma multidisciplinaria por trabajo médico social, dietología, asistente médica, enfermería, odontología y médico familiar, otorgándose en la actualidad de manera informal, sin ningún programa establecido.

El tratamiento del diabético debe incluir educación, dieta, ejercicio y medicamentos; secuencia que comúnmente es invertida en el tiempo de consulta por falta de entrenamiento o actitud del médico hacia la educación del paciente.

La calidad y calidez en la relación médico paciente, así como el acercamiento que se logre, son unos de los elementos necesarios en este proceso. La labor en equipo es complementaria a la realizada por el médico en su consulta; sin embargo, no sustituye a la misma.

El control de la glucemia, más que el simple hecho de tomar un medicamento involucra una serie de actitudes frente a la enfermedad: aspectos sobre los que la educación ejerce uno de los papeles de mayor importancia.

Al respecto es necesario destacar que en la mayoría de los centros de atención médica, la educación en diabetes no es obligatoria como parte del tratamiento de la enfermedad, sino que se ofrece como un servicio opcional, el cual carece de un programa y es impartido por personal no calificado y de manera irregular, a pesar de que la recomendación de que cada centro de atención médica cuente con servicio que proporcione educación a los enfermos de una manera programada, sistemática y que se evalué en forma permanente el impacto de la misma sobre el control metabólico, ya que el paciente en teoría conoce una buena parte de esta información. Pero el simple conocimiento no lo lleva a la modificación del comportamiento y el estilo de vida, lo que evidencia la diferencia entre educación e información; como lo demuestra el estudio de control y complicaciones de la Diabetes Mellitus (DCCT), donde el control de glucemia deseado se logró con los esfuerzos combinados de un equipo de tratamiento, cuyos miembros participaron activamente en la educación y desarrollo de las habilidades del paciente y llevaron a cabo un seguimiento regular.

Los programas de educación con mayores probabilidades son las que responsabilizan al diabético de su propio cuidado, significa enseñarlo a tomar decisiones mejor orientadas en cuanto a la asistencia y tratamiento de su enfermedad.

La educación debe de ser individualizada, partiendo de los conocimientos existentes y las necesidades expresadas (lo que desea aprender). Situación que no sucede en la actualidad, ya que no reciben enseñanzas adecuadas a su entorno o los médicos no les dedican tiempo suficiente en las consultas, ya que consideran al enfermo como un elemento pasivo el cual recibe ordenes provocando incumplimiento o desobediencia en el tratamiento de su enfermedad.

Con la educación no solo se busca tener conocimientos, sino contar con habilidades y capacidades para cambiar su conducta y hacerlo participativo de su enfermedad.

Nuestra nación de la que formamos parte, constituye ese conglomerado de países dependientes y subordinados a los altamente industrializados y tecnificados.<sup>(16)</sup>

Tal situación de dependencia se expresa al interior de la sociedad *por* los rasgos pasivo receptivos que la caracterizan, estar en espera de que “**otros**” sean los que opinen, critiquen, propongan o realicen. Las sociedades pasivas solo se movilizan colectivamente ante catástrofes naturales, económicas o cuando se atenta contra intereses mas inmediatos.

Las instituciones educativas de las sociedades predominantemente pasivas reproducen ese patrón dominante en su forma de vivir y apreciar al mundo.

Las relaciones de educador – educando en la escuela actual es fundamentalmente narrativa, donde el educando fija, memoriza, repite sin percibir lo que realmente significa, de ese modo la educación se transforma en un acto de depositar, en el cual los educandos, son los depositarios y el educador quien deposita el saber de una “**experiencia narrada**”, lo que conlleva a una **falta de conciencia crítica**.<sup>(17)</sup>

Para lograr la educación participativa es importante implementar un método activo, dialogar, criticar y modificar el modelo educacional.<sup>(18)</sup>

Existen antecedentes de investigaciones realizadas, en el XI Foro Nacional de Investigación de Salud y en la Octava Reunión de Investigación en Salud de la Región la Raza, llegando a los siguientes resultados: el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo 2 estudiados con respecto a su enfermedad, pueden considerarse inadecuados<sup>(19)</sup> mientras que los conocimientos del adolescente diabético son eficientes posterior a la intervención de una estrategia educativa.<sup>(20)</sup>

No existen diferencias significativas entre el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo 2, con complicaciones contra los que no presentan complicaciones.<sup>(21)</sup>

Se demostró la labor educativa de los médicos familiares a través de una intervención con una estrategia educativa siendo altamente significativos los conocimientos del paciente diabético posterior a la intervención.<sup>(22)</sup>

La formación médica pasiva- receptiva del médico familiar,<sup>(23)</sup> se reproduce al educar al paciente, donde el médico se convierte en el educador (depositario de la información) y el paciente en el educando (receptor del saber en una experiencia narrada), sin lograr el control adecuado de su padecimiento por falta de reflexión y conciencia crítica, esperando que su médico sea el responsable de su enfermedad, sin hacerse partícipe de su propio control.<sup>(24)</sup>

Para lograr un buen control metabólico es fundamental, que la educación del paciente diabético<sup>(25)</sup> se modifique en su totalidad, resaltando la importancia de modificar la educación tradicional<sup>(26)</sup> pasivo- receptiva a estrategias educativas participativas, reflexivas, crítica, basada en sus experiencias en forma individualizada, conociendo sus necesidades educativas.<sup>(27)</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es uno de los padecimientos que provoca mayor demanda de atención médica, observando que un gran porcentaje de estos pacientes no tienen control metabólico.

Para el control de la Diabetes Mellitus uno de los pilares fundamentales lo constituyen los conocimientos del paciente acerca de su enfermedad. La educación hacia el paciente a nivel institucional, se contempla dentro del tratamiento, sin embargo las características de la educación dirigida al paciente diabético es tradicional: pasivo receptiva. Así también el paciente es considerado como un ser que ignora todo acerca de su enfermedad sin tomar en consideración su experiencia ya sea como familiar del paciente diabético y/o como la persona que tiene el padecimiento.

En la Unidad de Medicina Familiar N ° 5 la educación dirigida al paciente diabético se imparte por un equipo multidisciplinario el cual expone sus conocimientos a nivel grupal sin tomar en cuenta las necesidades del paciente así como sus conocimientos previos y la evolución de su enfermedad, por lo cual todos son tratados de la misma manera, exponiendo en todas sus sesiones el mismo discurso, lo que desde el punto de vista teórico y desde la perspectiva de los expertos es lo que deben saber los pacientes.

Por lo anteriormente descrito el presente trabajo tiene la finalidad de determinar el nivel de conocimientos del paciente diabético e identificar cuales son las necesidades educativas acerca de su enfermedad y posteriormente de ser necesario proponer estrategias educativas acorde a los conocimientos previos y sus necesidades educativas detectadas.

Por lo consiguiente nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos y las necesidades educativas que

tiene el paciente diabético tipo 2 acerca de su enfermedad ?

## JUSTIFICACIÓN

La diabetes en México constituye un problema de salud pública con una prevalencia de 11.2 %.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, ésta ocupa el segundo lugar de atención en consulta por médico familiar, donde aproximadamente del 48-69 % no tiene control metabólico.

Esto se debe a que el médico familiar durante la consulta solo **trasmite información** al paciente de que debe de llevar una dieta, de como tomar sus medicamentos y realizar ejercicio pero no le dice como, provocando esto una falta de adherencia al tratamiento.

La educación se considera como el pilar fundamental de tratamiento de toda enfermedad crónica.

En estudios previos se ha demostrado que los conocimientos de los pacientes diabéticos son inadecuados o bajos, y sus necesidades educativas son altas, sin embargo esto no se ha medido en la UMF N° 5.

Si logramos identificar cuales son las necesidades educativas y determinamos el nivel de conocimientos del paciente diabético, posteriormente si es necesario, se implementaran estrategias educativas.

De ahí la importancia de saber cuales son los conocimientos e identificar las necesidades educativas que tiene el paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad para lograr el cumplimiento de su tratamiento y magnificar la cooperación con el medico; retrasando sus complicaciones.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Detectar cuales son los conocimientos y las necesidades educativas del paciente diabético tipo 2 adscrito a la UMF N° 5.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Construir y validar un instrumento para medir los conocimientos del paciente diabético tipo 2 acerca de su enfermedad.
- Conocer el nivel de conocimientos del paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad a través del instrumento de conocimientos del paciente diabético tipo 2 previamente validado.
- Determinar la necesidad educativa del paciente diabético tipo 2 acerca de su enfermedad a través del instrumento de medición de necesidades educativas.

## HIPÓTESIS

- Los conocimientos del paciente diabético tipo 2 acerca de su enfermedad son bajos.
- Las necesidades educativas del paciente diabético tipo 2 acerca de su enfermedad son altas.

## METODOLOGÍA

### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Observacional

### TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo

Prospectivo

Transversal

## POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar N° 5, que corresponde a la Delegación 1 y 2 Noroeste del Distrito Federal. Esta unidad se encuentra ubicada, en la avenida Marina Nacional esquina Mariano Escobedo s/n Colonia Anáhuac, C.P. 11320. Sus límites de adscripción: al norte Calzada Camarones; al sur, Avenida Ejército Nacional y Melchor Ocampo; al este Avenida Azcapotzalco y Calzada Legaría, y al oeste Avenida Cuitláhuac y Calzada México Tacuba. La unidad tiene una estructura vertical de tres pisos.

A la zona de influencia de la unidad, le corresponde un total de 11 colonias que se localizan en la Delegación Miguel Hidalgo. Los derechohabientes que viven en la zona más cercana a la unidad se trasladan a ella caminando haciendo un promedio máximo de 10 minutos, la zona más lejana de la Unidad se localiza a treinta minutos aproximadamente, utilizando para su traslado diversos medios de transporte (autos particulares, colectivos o autobuses).

La población total de la Miguel Hidalgo es de aproximadamente 159,663 habitantes, de este total, se contabilizan 76,311 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 5, de estos 3,432 corresponde a la población de pacientes diabéticos.

En la UMF N° 5 se proporciona atención médica de primer nivel de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, hasta Junio del 2003 la población adscrita a médico familiar era de 2,162 derechohabientes.

El servicio de consulta externa cuenta con 20 consultorios de medicina familiar y se encuentran ubicados en el segundo piso del inmueble, donde laboran 20 médicos familiares los cuales otorgan un promedio de 25 consultas diarias correspondiendo de tres a cuatro consultas a pacientes diabéticos, con un tiempo promedio de consulta de 10 a 15 minutos.

El grupo de estudio comprendió a los Pacientes Diabéticos tipo 2 que acudieron a las pláticas de Trabajo Social y Dietología durante el periodo comprendido del 21 de Abril al 21 de Mayo del 2004, que cumplieron con los criterios de inclusión, previa invitación y firma de consentimiento informado para la participación en proyectos de investigación clínica. Se les aplicaron a todos los pacientes los instrumentos de necesidades educativas y de conocimientos de diabetes mellitus tipo 2. En algunos casos fue necesario leerles las instrucciones y cada uno de las preguntas, otros respondieron de manera individual ambos instrumentos, en especial a los pacientes analfabetas fue necesario en todos los casos leer tanto las instrucciones como cada uno de los items, cabe aclarar que fue necesario leer cada una de las preguntas hasta tres veces, obteniéndose de forma oral la información la cual fue asentada por escrito por la investigadora en ambos instrumentos.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se incluyeron a todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acudieron a las pláticas de Trabajo Social y Dietología durante el periodo comprendido de Abril a Mayo del 2004 adscritos a la U M F N.º 5.

## **TIPO DE LA MUESTRA**

El muestreo será de tipo no probabilístico por conveniencia.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Ambos géneros.

Diabetes tipo 2.

Derechohabiente del IMSS adscrito UMF N° 5.

Padecimiento asociado hipertensión arterial y dislipidemias.

Sepan leer y escribir.

Analfabetas.

Deseen participar.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Diabetes tipo 1.

No deseen participar.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

No contesten en forma completa el instrumento de medición de necesidades educativas.

El instrumento de conocimientos de diabetes mellitus no lo contesten en forma completa.

### VARIABLE INDEPENDIENTE

#### 1. Experiencia que tiene el paciente acerca de su enfermedad.

Definición conceptual: Periodo de tiempo expresado en años en que se realizó el diagnóstico, hasta el momento actual.

Definición operacional: Se midió con la anotación en la hoja de control del diabético, para la investigación y se clasificaron en los siguientes grupos: -un año, 1 año a 5 años, 6 años a 10 años, 11 años a 15 años, 16 años a 20 años o más.

Escala de medición cuantitativa intervalo.

### VARIABLE DEPENDIENTE

#### 1. Nivel de conocimientos.

Definición conceptual: Nivel de información o entendimiento que tiene el paciente acerca de la diabetes tipo 2.

Definición operacional: se midió con el instrumento de medición de conocimientos de diabetes mellitus, que consta de 9 indicadores los cuales son:  
I.- Sobre la Diabetes Mellitus, II.- Nutrición, III. – Ejercicio, IV. Medicamentos, V.- Signos y síntomas, VI.- Vigilancia médica periódica, VII.-Complicaciones, VIII.- Auto cuidado, IX.- Odontología. .

Se responderá con las opciones de verdadero, falso y no sé.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

#### 2. Necesidad educativa.

Definición conceptual: La manifestación del individuo de su carencia de conocimientos acerca de la diabetes mellitus tipo 2, y su deseo de obtenerlos.

Definición operacional: Se midió con el instrumento de necesidades educativas de diabetes mellitus, que consta de 10 indicadores los cuales son:

I.- Sobre la Diabetes Mellitus, II.- Nutrición, III. - Ejercicio, IV.- Medicamentos, V.- Signos y síntomas, VI.- Vigilancia médica periódica, VII. - Complicaciones, VIII.- Auto cuidado, IX.- Odontología, X.- Sobre el método de aprender.

Se clasificará en los siguientes opciones: cuando no le interese la respuesta, cuando tenga dudas sobre la respuesta, cuando le interese la respuesta, cuando la respuesta es importante para usted, cuando la respuesta es muy importante para usted.

Escala de medición: cualitativa ordinal politomica.

## **VARIABLES DE CONFUSIÓN**

### **1. Grado de escolaridad.**

Definición conceptual: conjunto de cursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante.

Definición operacional: se midió con el último grado de estudios que se encuentren anotados en la hoja de control del paciente con diabetes mellitus y para la investigación se clasificará en: analfabeta /sabe leer y escribir, primaria, secundaria, preparatoria y profesionista.

Escala de medición: cualitativa ordinal.

### **2.-Información previa acerca de su enfermedad.**

Definición conceptual: conocimientos que ha recibido el paciente sobre Diabetes Mellitus, desde que se le diagnosticó, hasta el momento actual.

Definición operacional: se midió al interrogar al participante si ha recibido información sobre la diabetes mellitus y se clasificará en los siguientes grupos: 0 pláticas, 1-2 pláticas, 3-4 pláticas, más de 5 pláticas.

Escala de medición: Cuantitativa intervalo.

## PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

El estudio se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la UMF N.5, que corresponde a la Delegación 1 y 2 Noroeste ubicada en avenida Marina Nacional esquina con Mariano Escobedo, sin número colonia Anáhuac donde se proporciona atención médica de primer nivel.

Previo registro ante el comité local de investigación, se solicitará la autorización y el apoyo correspondiente, a la dirección de la Unidad, presentándole el protocolo de estudio.

Se procedió a crear una **Cédula de Captación** para registrar la información requerida en el grupo de estudio.

Esta cédula consta de los siguientes datos: Nombre del paciente, número de afiliación, consultorio, turno, edad, sexo, escolaridad, número de pláticas sobre su enfermedad, tiempo de evolución de su padecimiento, los conocimientos y el tipo de necesidades educativas.

**El Instrumento de Necesidades Educativas** para el paciente diabético está validado, y fue elaborado por la Dra. Ma. Trinidad Beltrán G y colaboradores donde se exploran diez indicadores:

- I.- Sobre la Diabetes Mellitus
- II.- Nutrición
- III.- Ejercicio
- IV.- Medicamentos
- V.- Signos y síntomas
- VI.- Vigilancia médica periódica
- VII.- Complicaciones
- VIII.- Auto cuidado
- IX.- Odontología
- X.- Sobre el método de aprender

Las preguntas se encuentran agrupadas por temas, siendo un total de 65 enunciados, en cada una de ellas los pacientes diabéticos que participaron en la investigación eligieron una respuesta marcando con una "X", cualquiera de las siguientes preguntas :

- 1.- Cuando no le interese la respuesta.
- 2.- Cuando tenga dudas sobre la respuesta.
- 3.- Cuando le interese la respuesta.
- 4.- Cuando la respuesta es importante para usted.
- 5.- Cuando la respuesta es muy importante para usted.

En el mes de Agosto 2003 se aplicó a diez pacientes una prueba piloto en la Unidad de Medicina Familiar N.5, para la validación de dicho instrumento, se realizó en los pacientes que acudieron a sus pláticas del servicio de Trabajo Social.

**El instrumento de conocimientos** de diabetes mellitus fue elaborado por la investigadora, sometido a la validación y a la crítica en varias rondas por dos expertos. Consta de tres casos clínicos que exploran los 9 indicadores de necesidades educativas siendo un total de 61 ítems, correspondiendo:

- 12 preguntas sobre Diabetes mellitus.
- 09 preguntas sobre nutrición.
- 05 preguntas sobre ejercicio.
- 05 preguntas sobre medicamentos.
- 06 preguntas signos y síntomas.
- 05 preguntas de vigilancia médica periódica.
- 05 preguntas de complicaciones.
- 09 preguntas de auto cuidado.
- 05 preguntas de odontología.

Al finalizar de cada caso, aparece un listado de enunciados, debiendo elegir la respuesta correcta con una de las opciones verdadero (V), falso (F), no sé (NS). Entendiendo:

**V** si considera que el enunciado afirma algo que es cierto, con respecto al caso descrito.

**F** si considera que el enunciado afirma algo que es incorrecto respecto al caso descrito.

**NS** cuando no puede discernir entre V ó F.

En el mes de Febrero 2004 se aplicó a diez pacientes una prueba piloto en la Unidad de Medicina Familiar N.º 5, y la prueba 20 de Kuder Richardson para la validación de dicho instrumento, se realizó a los pacientes que acudieron a sus pláticas del servicio de trabajo social.

Una vez realizadas la prueba piloto del instrumento de conocimientos y de necesidades educativas se procedió a la recolección de datos.

**El grupo de estudio** comprendió a los Pacientes Diabéticos tipo 2 que acudieron a las pláticas de Trabajo Social y Dietología durante el periodo comprendido del 21 de Abril al 21 de Mayo del 2004, que cumplieron con los criterios de inclusión, previa invitación y firma de consentimiento informado para la participación en proyectos de investigación clínica. Se les aplicaron a todos los pacientes los instrumentos de necesidades educativas y de conocimientos de diabetes mellitus tipo 2. En algunos casos fue necesario leerles las instrucciones y cada uno de las preguntas, otros respondieron de manera individual ambos instrumentos, en especial a los pacientes analfabetas fue necesario en todos los casos leer tanto las instrucciones como cada uno de los ítems, cabe aclarar que fue necesario leer cada una de las preguntas hasta tres veces, obteniéndose de forma oral la información la cual fue asentada por escrito por la investigadora en ambos instrumentos.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se cumple con las NORMAS ÉTICAS PARA LA INVESTIGACIÓN CON SUJETOS HUMANOS asignadas APA ( American Psychological Association).

1. El investigador debe evaluar la aceptabilidad ética de la investigación que se propone.
2. El investigador es responsable de establecer y mantener una práctica ética aceptable durante la investigación, principalmente en el tratamiento de los sujetos.
3. La práctica exige que el investigador informe a los participantes de las características de la investigación.
4. La sinceridad y la honestidad son características esenciales de la relación entre el investigador y los participantes.
5. El investigador debe respetar la libertad individual de los sujetos a negarse a participar en la investigación o de cesar de hacerlo en cualquier momento.
6. Se debe establecer un acuerdo sincero y claro entre investigador y participantes que defina con exactitud las responsabilidades de cada uno.
7. La información obtenida de los participantes es confidencial.

Investigación en salud: **Artículo 96 II** a los conocimientos del vínculo entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

Se cumplirá con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación par la salud con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Art. 13, Art., 14 Art. 23 y las Declaraciones de Helsinki

En este estudio se solicitará la firma de consentimiento informado para la participación en proyectos de investigación clínica, al grupo de estudio.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

En esta investigación participaron 51 pacientes diabéticos tipo 2 que acudieron al servicio de dietología y trabajo social de la UMF N° 5 en el periodo comprendido del 21 de abril al 21 mayo del 2004 a los cuales se les aplicaron los instrumentos de conocimientos y necesidades educativas para el paciente diabético. Eliminandose a dos por no contestar completamente los instrumentos. Los 49 restantes cumplieron con los criterios de inclusión.

De acuerdo a los grupos de edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 estos fluctuaron desde 30 a 40 años hasta 71 a 80 años, siendo los de mayor predominio de los 51 a 60 años con 18 pacientes (37%), el de mayor predominio (Tabla 1 y gráfica N° 1).

El género de los 49 pacientes diabéticos Tipo 2 encuestados corresponde a mujeres 33 a (67.34%) y 16 a hombres (32.65%), (Tabla 2).

Referente a los años de padecer diabetes mellitus, fluctuó entre menos de un año hasta 16 a 20 años por lo que se constituyeron cinco grupos, con predominio del grupo 2 que correspondió de 1-5 años con 13 pacientes (27%), media 3.22, (Tabla 3 y gráfica N° 2).

La escolaridad del paciente diabético tipo 2, fluctuó desde sabe leer y escribir /analfabeta hasta profesional, por lo que se constituyeron 5 grupos, con predominio del grupo 2 que correspondió a la primaria con 24 pacientes (49%), media 2.61, (Tabla 4 y gráfica N° 3).

De un total de 21 consultorios al que acuden a control los pacientes diabéticos tipo 2, 8 pacientes (16%) corresponden al consultorio 2, (Tabla 5 y gráfica N° 4).

El tiempo de asistencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2 al consultorio para su vigilancia, fluctuó desde menos de un año hasta 36 a 40 años, con un predominio 1 a 5 años con 14 pacientes (29 %), (Tabla 6 y gráfica N° 5).

El turno en el que acuden a consulta los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, fue: turno matutino 18 pacientes (37%) y turno vespertino 31 pacientes (63%), (Tabla 7 y gráfica N° 6).

Los cursos previos sobre diabetes mellitus tipo 2 que ha recibido el paciente diabético, estos fluctuaron desde cero cursos hasta 5 o más cursos, por lo que se constituyeron 4 grupos, con predominio del grupo 1 que correspondió a 0 cursos con 33 pacientes (69%) media 1.51, (Tabla 8 y gráfica N° 7).

Respecto al instrumento acerca del interés que tiene el paciente diabético tipo 2 sobre sus necesidades educativas, que consta de 10 indicadores, se consideraron 5 posibles respuestas que fluctúan desde nulo interés hasta muy importante

interés, por lo que se constituyeron 5 grupos, con respecto a que le interesa saber al paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad con (81%), nutrición (85%), ejercicio (78%), medicamentos (78%), signos y síntomas (85%), vigilancia médica (83%), complicaciones (90%), autocuidado (84%), odontología (82%), modo de aprender (80%) (Tabla 9 a 18 y gráficas N° 8 a 17), predominando en todos los indicadores el grupo 5.

Referente a lo que le interesa aprender al paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad, se constituyeron 10 indicadores, con predominio de nutrición con (53%), complicaciones (43%), diabetes melitus tipo 2 y ejercicio (35%) respectivamente, (Tabla 19 y gráfica N° 18).

En relación a quien considera el paciente diabético tipo 2 que debe enseñarle sobre su enfermedad, correspondió al doctor con (87%), nutrióloga y enfermera (4%) respectivamente, (Tabla 20 y gráfica N° 19).

El sitio donde solicita el paciente diabético tipo 2 que se le enseñe sobre su enfermedad, correspondió en la clínica (100%), (Tabla 21 y gráfica N° 20).

En que momento considera el paciente diabético que debe aprender sobre su enfermedad, predominó en la consulta con (100%), (Tabla 22 y gráfica N° 21).

La forma que solicita el paciente diabético tipo 2 que se le enseñe sobre su enfermedad, las respuestas fluctúan desde grupo y folletos, por lo que se construyeron 4 conglomerados predominando en grupo con (78%) y platicas (35%), (Tabla 23 y gráfica N° 22).

A quien mas considera el paciente diabético tipo 2 que debe de enseñarse sobre su enfermedad, fluctúa desde paciente y persona que cuida del paciente, por lo que se constituyeron 5 grupos, con predominio del grupo 2 que corresponde paciente y un familiar (39%), (Tabla 24 y gráfica N° 23).

El conocimiento que considera tener el paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad, fluctúa desde casi nada y todo, por lo que se constituyeron 5 grupos, con predominio del grupo 1 y 2 que corresponden casi nada y poco con 13 pacientes (27%) respectivamente, (Tabla 25 y gráfica N° 24).

Con respecto a los conocimientos del paciente diabético tipo 2, se realizaron 61 preguntas las respuestas varían desde verdadero, falso y no sé, con predominio de verdadero con un máximo de 57 y mínimo de -44 respuestas en tres y un paciente respectivamente (gráfica N° 25).

En relación a los conocimientos del paciente diabético tipo 2 por indicadores, se constituyeron 9 grupos, las preguntas fluctúan desde 12 y 5 preguntas, predominando diabetes mellitus con (13.75%), nutrición (12,67%) autocuidado (11.84%), signos y síntomas (7.86%), ejercicio (7.15%), vigilancia médica (6.89%), medicamentos y complicaciones (6.65%) y odontología (6.52%), (Tabla 26 y gráfica N° 26).

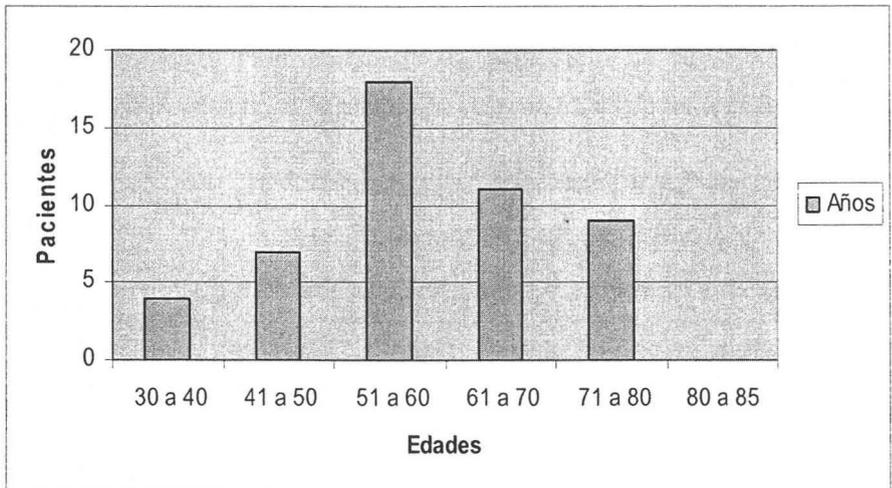
TABLA N° 1

EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ESTUDIADOS

Edad	Número	%
30-40 años	4	8
41-50 años	7	14
51-60 años	18	37
61-70 años	11	22
71-80 años	9	18
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

GRÁFICA N° 1

EDAD DE LOS PACIENTES DM TIPO 2



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

**TABLA N° 2**

**GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ESTUDIADOS**

Sexo	Número	%
Femenino	33	67.34
Masculino	16	32.65
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>99.99</b>

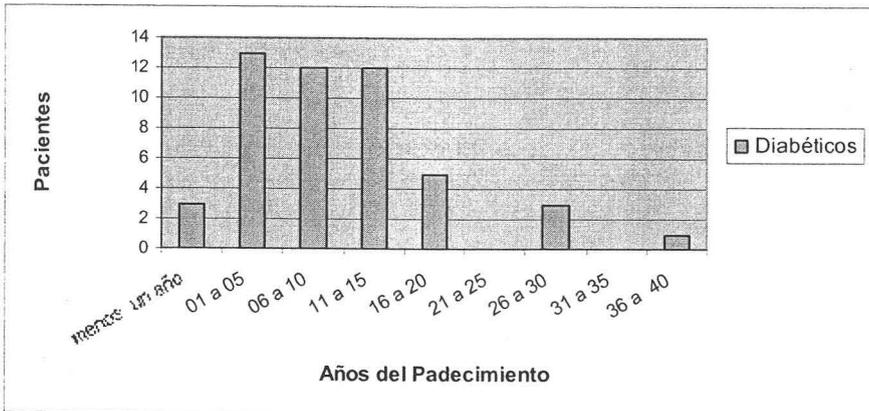
**TABLA N° 3**

**AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Grupo	Años	Número	%
1	-1	3	3
2	1- 5	13	27
3	6- 10	12	24
4	11-15	12	24
5	16-20	9	18
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	

**GRÁFICA N° 2**

**EVOLUCIÓN DEL PACIENTE DM TIPO 2**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

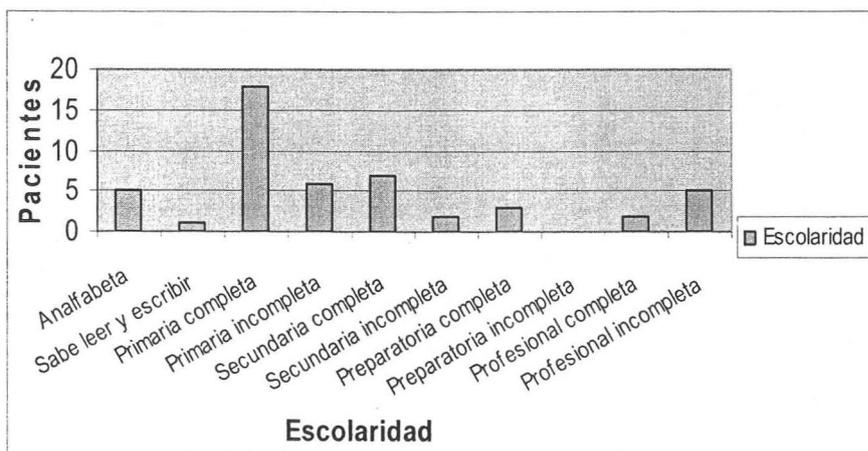
**TABLA N° 4**

**ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Grupo	Escolaridad	Número	%
1	Analfabeta ,sabe leer y escribir	6	12
2	Primaria	24	49
3	Secundaria	9	18
4	Preparatoria	3	06
5	Profesional	7	14
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>99</b>

**GRÁFICA N° 3**

**ESCOLARIDAD DEL PACIENTE CON DM TIPO 2**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

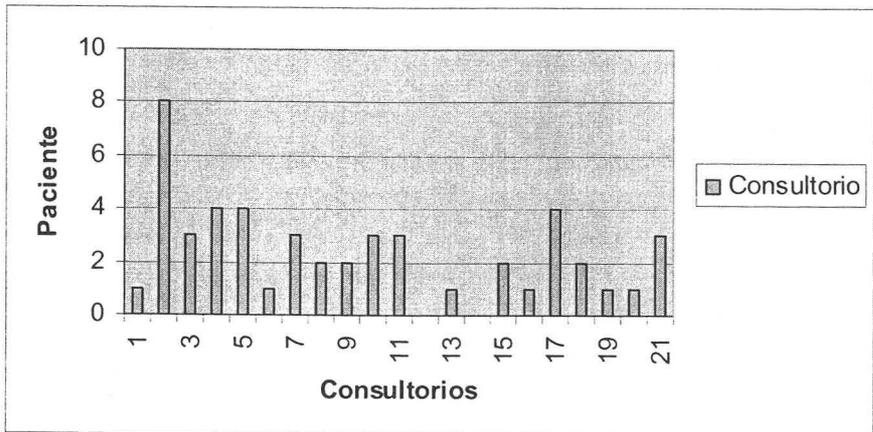
**TABLA N° 5**

CONSULTORIOS A LOS QUE ACUDEN A CONTROL LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Consultorio	Número	%
1	1	2
2	8	16
3	3	6
4	4	8
5	4	8
6	1	2
7	3	6
8	2	4
9	2	4
10	3	6
11	3	6
12	0	0
13	1	2
14	0	0
15	2	4
16	1	2
17	4	8
18	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

**GRÁFICA N° 4**

CONSULTORIOS A LOS QUE ACUDEN A CONTROL LOS PACIENTES DM TIPO 2



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

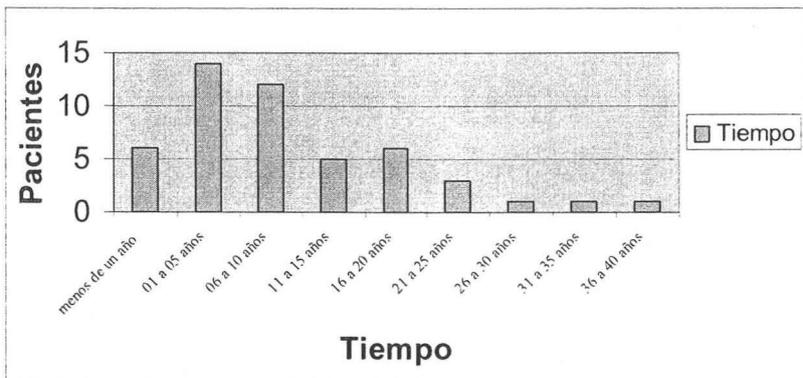
**TABLA N° 6**

**TIEMPO DE ASISTIR AL CONSULTORIO PARA SU VIGILANCIA  
EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

<b>Años</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
-1	06	12
1-5	14	29
6-10	12	24
11-15	05	10
16-20	06	12
21-25	03	06
26-30	01	02
31-35	01	02
36-40	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

**GRÁFICA N° 5**

**TIEMPO DE ASISTIR AL CONSULTORIO PARA SU  
VIGILANCIA EL PACIENTE DM TIPO 2**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004.

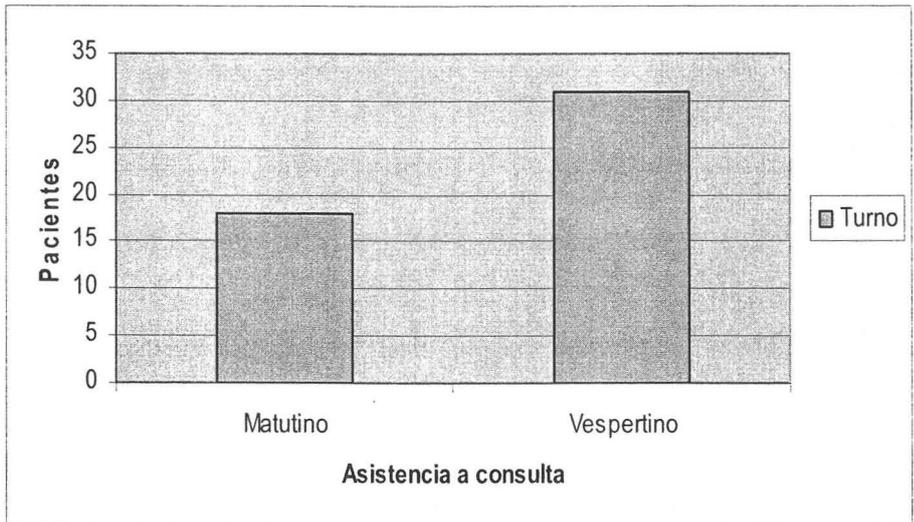
**TABLA N° 7**

**TURNO EN QUE ACUDE A CONSULTA EL PACIENTE CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

<b>Turno</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Matutino	18	37
Vespertino	31	63
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>99</b>

**GRÁFICA N° 6**

**TURNO EN QUE ACUDE A CONSULTA EL DM TIPO 2**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

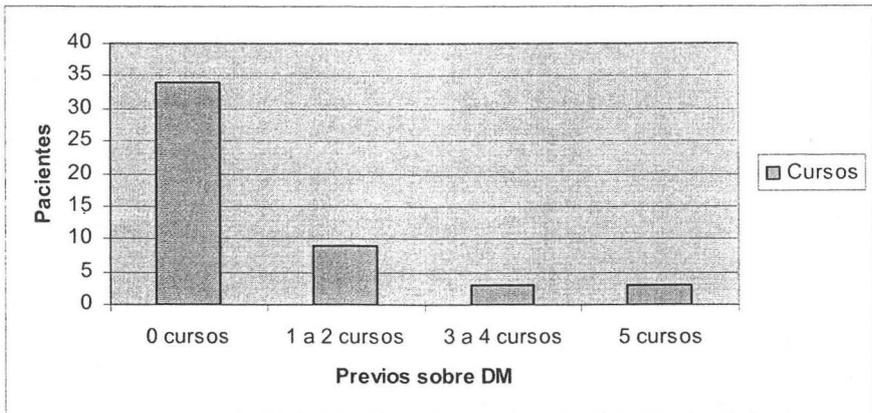
**TABLA N° 8**

**CURSOS PREVIOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2  
QUE HA RECIBIDO EL PACIENTE**

Grupos	Cursos	Número	%
1	0	33	69
2	1- 2	10	18
3	3- 4	3	06
4	5- mas	3	06
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>99</b>

**GRÁFICA N° 7**

**CURSOS PREVIOS SOBRE DM TIPO 2  
QUE HA RECIBIDO EL PACIENTE**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

**TABLA N° 9**

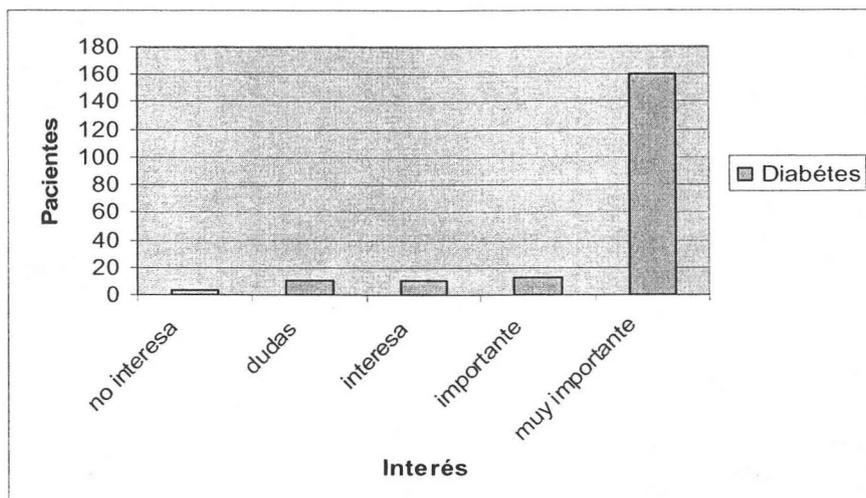
QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	03	1.5
2	Dudas sobre respuesta	10	5
3	Interesa respuesta	10	5
4	Importante la respuesta	13	6
5	Muy importante la respuesta	160	81
<b>TOTAL *</b>		196	98.5

\*4 preguntas

**GRÁFICA N° 8**

QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE SOBRE DM TIPO 2



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

**TABLA N° 10**

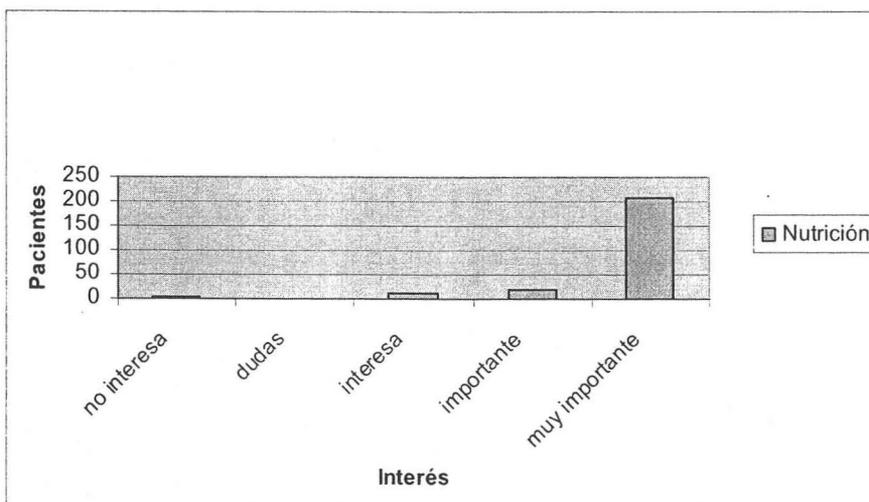
**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE  
DIABÉTICO TIPO 2 SOBRE NUTRICIÓN**

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	04	1.6
2	Dudas sobre respuesta	01	.40
3	Interesa respuesta	10	4
4	Importante la respuesta	21	8
5	Muy importante la respuesta	209	85
<b>TOTAL *</b>		<b>245</b>	<b>99</b>

\*Preguntas 5

**GRÁFICA N° 9**

**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE DM TIPO 2  
SOBRE NUTRICIÓN**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 200

**TABLA N° 11**

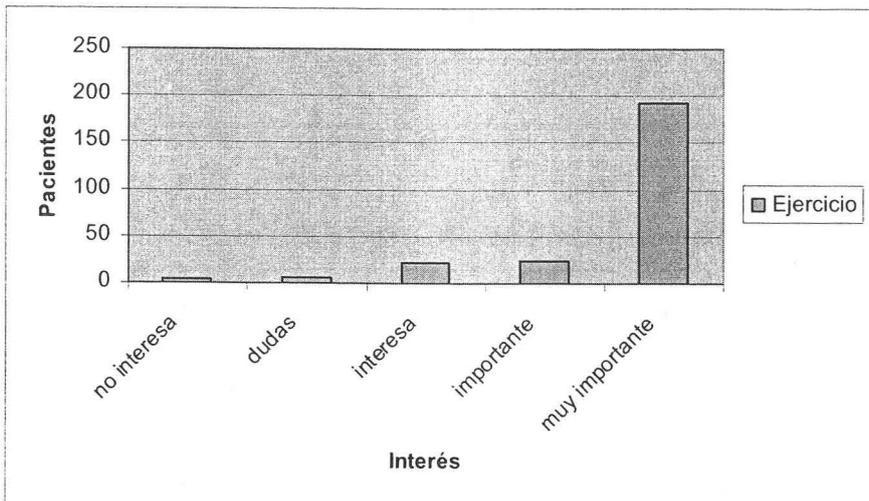
**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE  
DIABÉTICO TIPO 2 SOBRE EJERCICIO**

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	03	1.2
2	Dudas sobre respuesta	05	2
3	Interesa respuesta	21	8
4	Importante la respuesta	23	9
5	Muy importante la respuesta	193	78
<b>TOTAL*</b>		<b>245</b>	<b>98.2</b>

\*Preguntas 5

**GRÁFICA N° 10**

**QUE LE INTERESA SABER SOBRE AL  
PACIENTE DM TIPO 2 SOBRE EL EJERCICIO**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

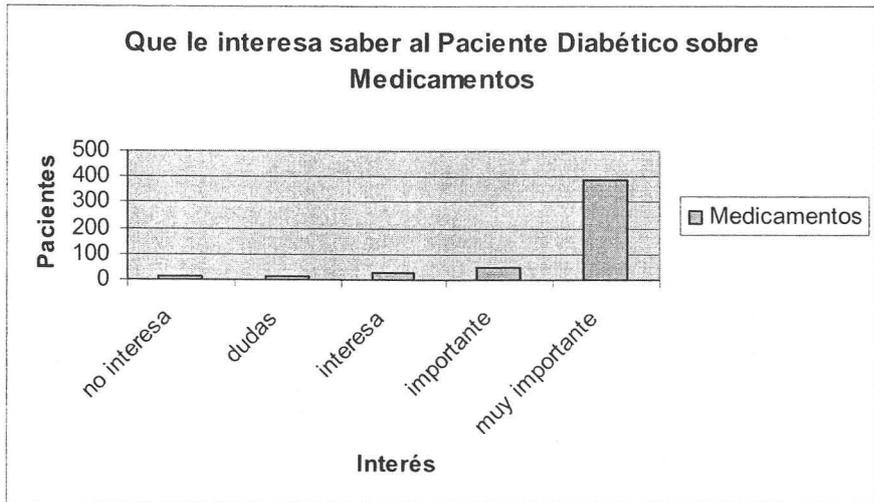
TABLA N° 12

QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE  
DIABÉTICO TIPO 2 SOBRE MEDICAMENTOS

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	12	2.4
2	Dudas sobre respuesta	12	2.4
3	Interesa respuesta	30	6
4	Importante la respuesta	50	10
5	Muy importante la respuesta	386	78
<b>TOTAL *</b>		<b>490</b>	<b>98.8</b>

\*Preguntas 10

GRÁFICA N° 11



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

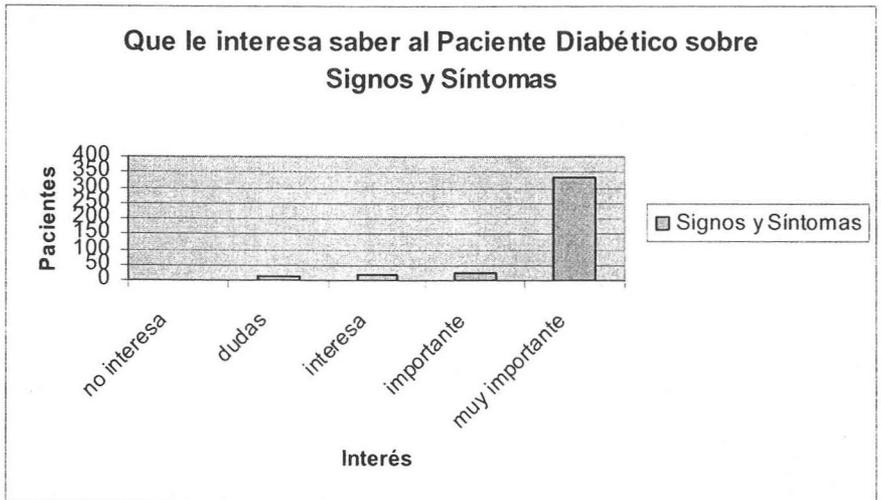
**TABLA N° 13**

**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE  
DIABÉTICO TIPO 2 SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	00	0
2	Dudas sobre respuesta	10	2
3	Interesa respuesta	21	5
4	Importante la respuesta	27	6
5	Muy importante la respuesta	334	85
<b>TOTAL *</b>		<b>392</b>	<b>98</b>

\*Preguntas 8

**GRÁFICA N° 12**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

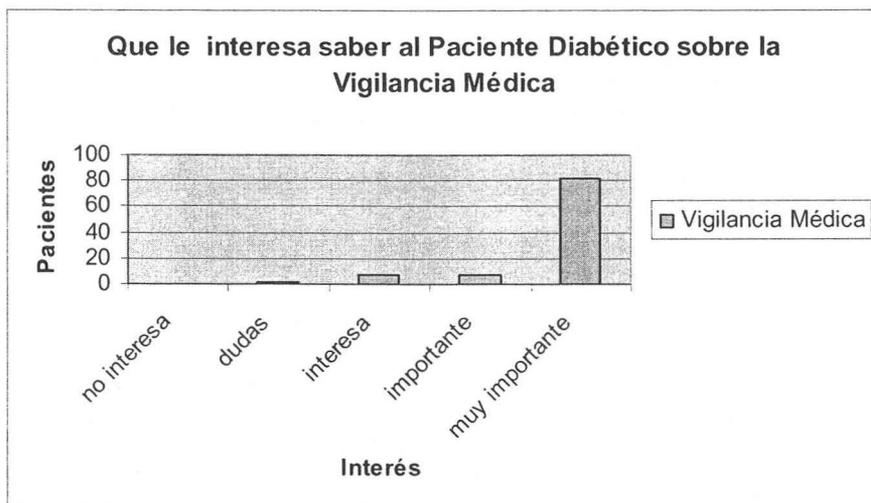
**TABLA N° 14**

**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
SOBRE VIGILANCIA MÉDICA**

GRUPO	INTERÉS	NÚMERO	%
1	No interesa respuesta	00	0
2	Dudas sobre respuesta	02	2
3	Interesa respuesta	07	7
4	Importante la respuesta	07	7
5	Muy importante la respuesta	82	83
<b>TOTAL *</b>		<b>98</b>	<b>99</b>

\* Preguntas 2

**GRÁFICA N° 13**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

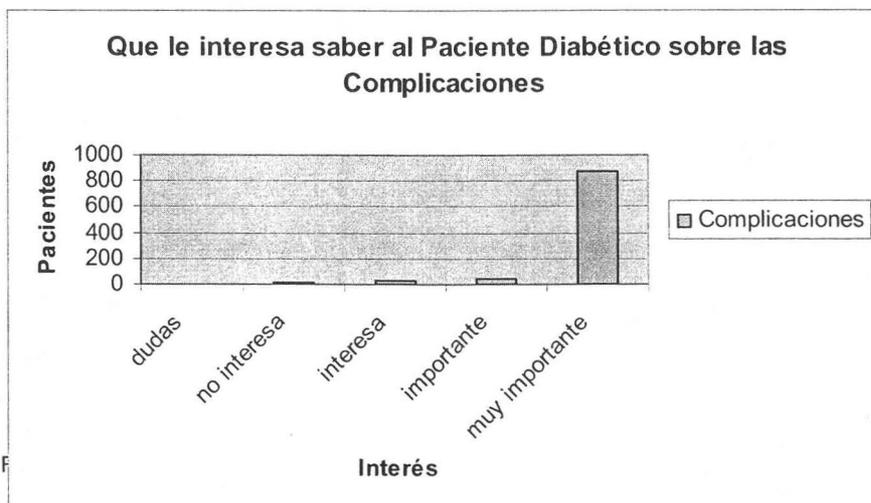
**TABLA N° 15**

**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
SOBRE COMPLICACIONES**

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	01	1
2	Dudas sobre respuesta	11	1
3	Interesa respuesta	30	3
4	Importante la respuesta	49	5
5	Muy importante la respuesta	871	90
<b>TOTAL *</b>		<b>964</b>	<b>100</b>

\* Preguntas Mujeres 19  
Hombres 20

**GRÁFICA N° 14**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

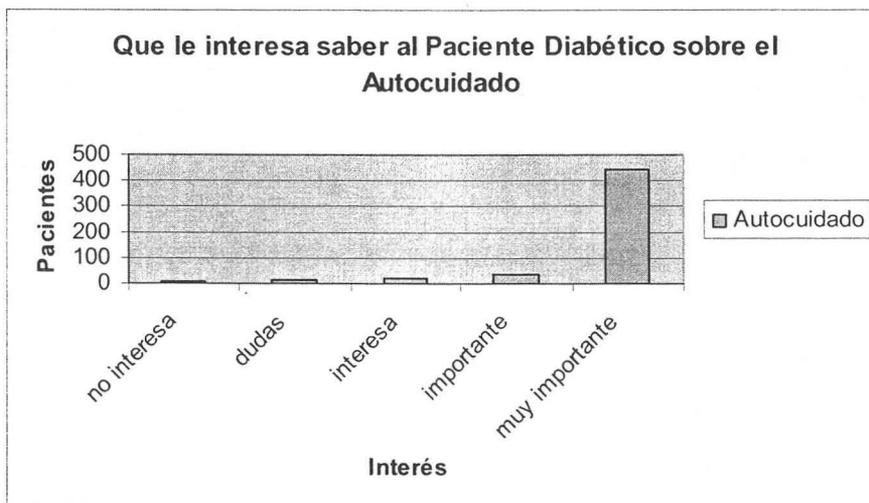
**TABLA N° 16**

**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
SOBRE AUTOCUIDADO**

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	06	1
2	Dudas sobre respuesta	16	3
3	Interesa respuesta	22	4
4	Importante la respuesta	37	7
5	Muy importante la respuesta	442	84
<b>TOTAL *</b>		<b>523</b>	<b>99</b>

\*Preguntas Mujeres 11  
Hombres 10

**GRÁFICA N° 15**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

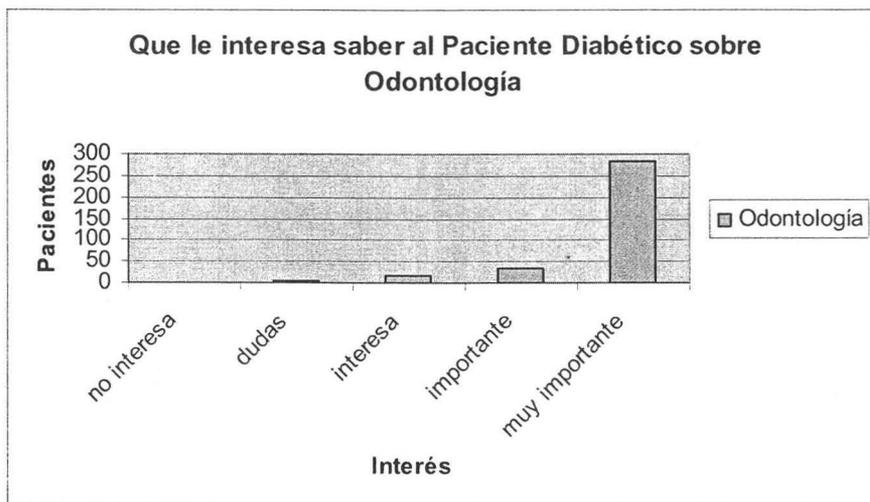
**TABLA N° 17**

**QUE LE INTERESA SABER AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
SOBRE ODONTOLOGÍA**

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	00	0
2	Dudas sobre respuesta	06	1
3	Interesa respuesta	19	5
4	Importante la respuesta	34	9
5	Muy importante la respuesta	284	82
<b>TOTAL*</b>		<b>343</b>	<b>97</b>

\*Preguntas 7

**GRÁFICA N° 16**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

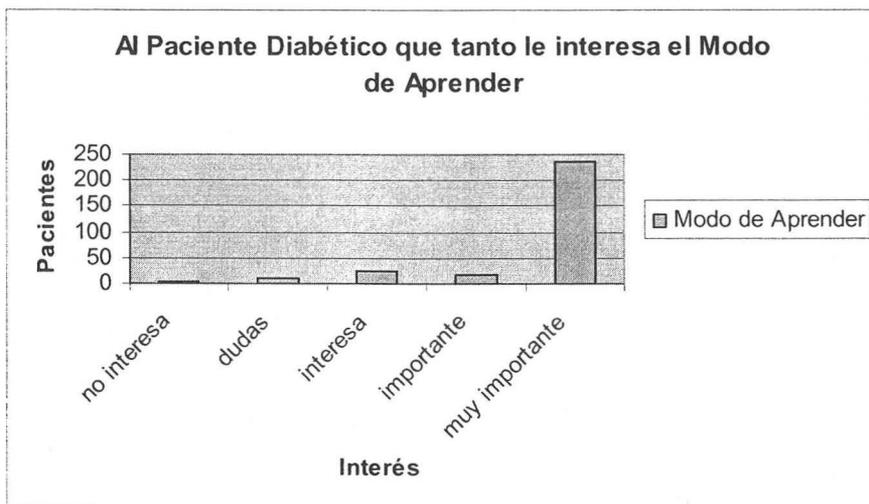
TABLA N° 18

QUE INTERÉS TIENE EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 SOBRE EL MODO DE APRENDER SOBRE SU ENFERMEDAD

Grupo	Interés	Número	%
1	No interesa respuesta	04	1
2	Dudas sobre respuesta	10	3
3	Interesa respuesta	26	8
4	Importante la respuesta	17	5
5	Muy importante la respuesta	237	80
<b>TOTAL*</b>		<b>294</b>	<b>97</b>

\*Preguntas 6

GRÁFICA N° 17



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

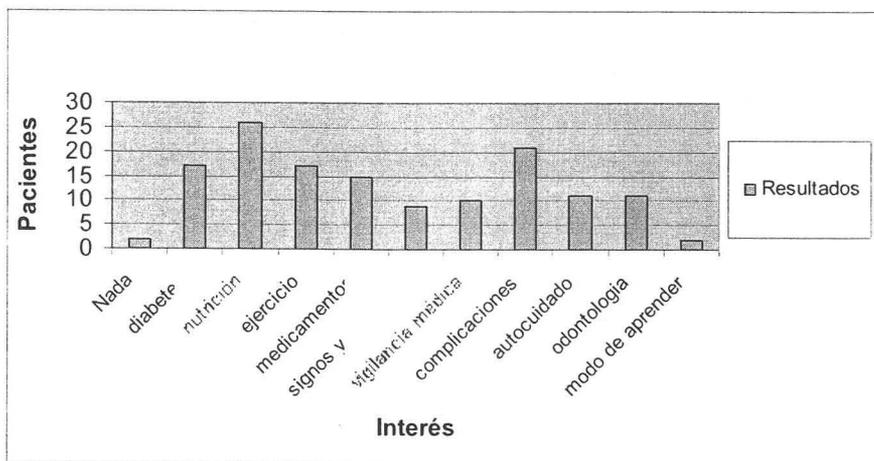
**TABLA N° 19**

**QUE LE INTERESA APRENDER AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
SOBRE SU ENFERMEDAD**

<b>Indicador</b>	<b>Interés</b>	<b>%</b>
1. Diabetes mellitus tipo 2	17	35
2. Nutrición	26	53
3. Ejercicio	17	35
4. Medicamentos	15	31
5. Signos y síntomas	09	18
6. Vigilancia médica	10	20
7. Complicaciones	21	43
8. Autocuidado	11	22
9. Odontología	11	22
10. Modo de aprender	02	04
11. Nada	02	04

**GRÁFICA N° 18**

**QUE DESEA APRENDER EL PACIENTE DIABÉTICO  
SOBRE SU ENFERMEDAD**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

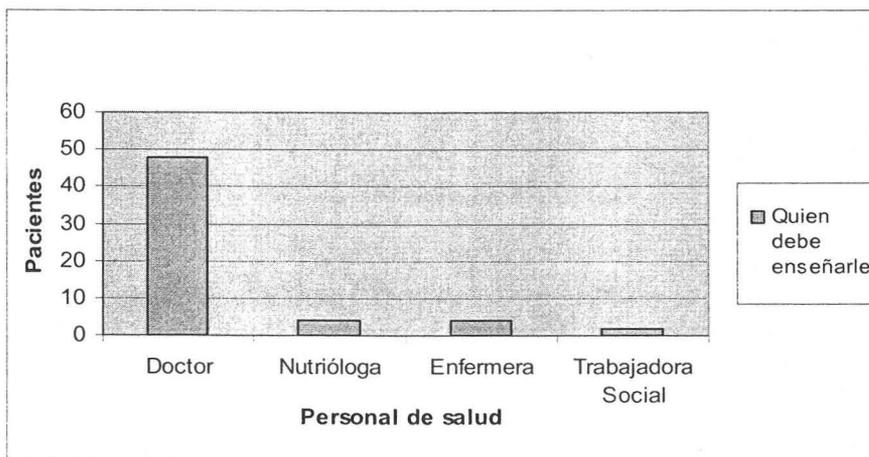
TABLA N° 20

QUIEN CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO QUE DEBE  
ENSEÑARLE SOBRE SU ENFERMEDAD

Personal	Número de diabéticos	%
Doctor	43	87
Nutrióloga	02	04
Enfermera	02	04
Trabajadora social	01	02

GRÁFICA N° 19

QUIEN CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO QUE DEBE  
ENSEÑARLE SOBRE SU ENFERMEDAD



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

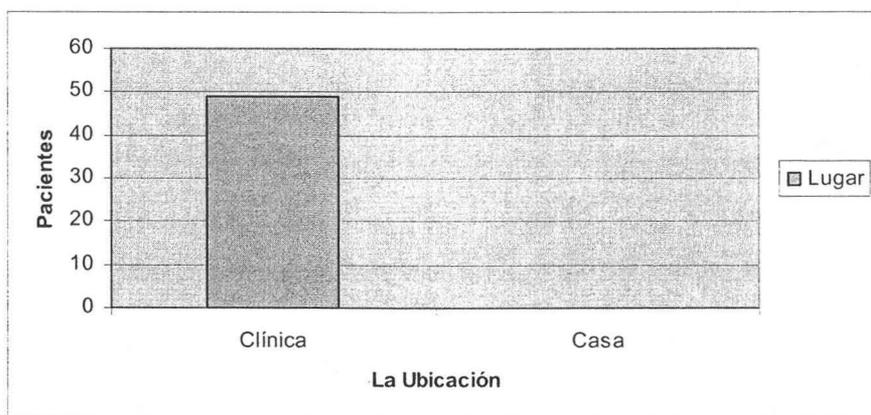
**TABLA N° 21**

**SITIO DONDE SOLICITA EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 QUE SE LE ENSEÑE SOBRE SU ENFERMEDAD**

Sitio	Número de diabéticos	%
Clínica	49	100
Casa	00	00

**GRÁFICA N° 20**

**DONDE CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO QUE DEBE APRENDER SOBRE SU ENFERMEDAD**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

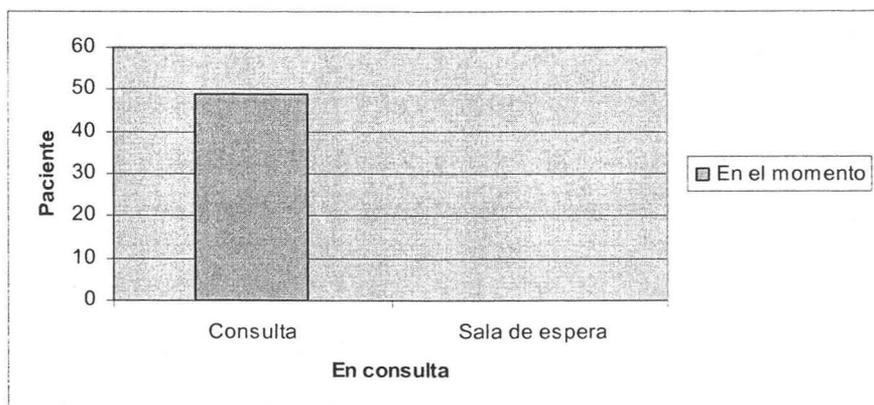
**TABLA N° 22**

**CUANDO SE LE DEBE DE ENSEÑAR AL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2  
SOBRE SU ENFERMEDAD**

Momento	Número de diabéticos	%
Consulta	49	100
Espera la consulta	00	00

**GRÁFICA N° 21**

**DONDE CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO QUE DEBE  
APRENDER SOBRE SU ENFERMEDAD**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

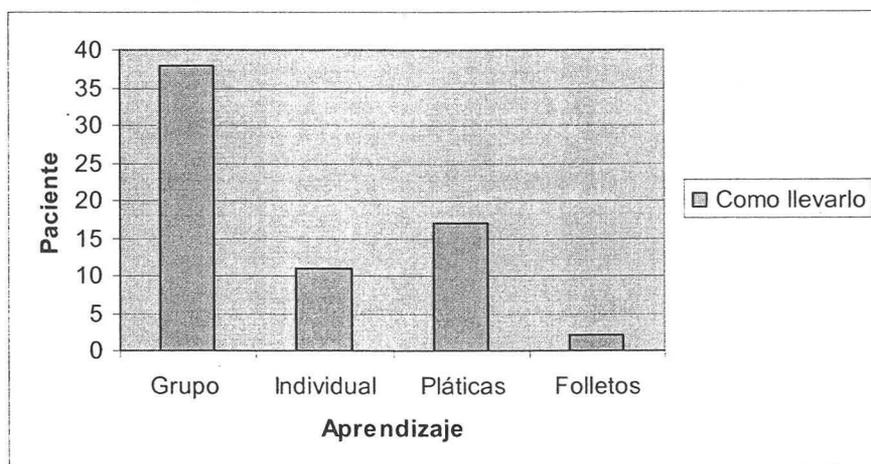
TABLA N° 23

FORMA QUE SOLICITA EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 QUE SE LE ENSEÑE SOBRE SU ENFERMEDAD

Enseñe	Número	%
1. Grupo	38	78
2. Individual	11	22
3. Pláticas	17	35
4. Folletos	02	4

GRÁFICA N° 22

EN QUE FORMA DEBE ENSEÑARSELE AL PACIENTE DIABÉTICO SOBRE SU ENFERMEDAD



Fuente : Encuesta realizada del 21Aberil al 21 Mayo 2004

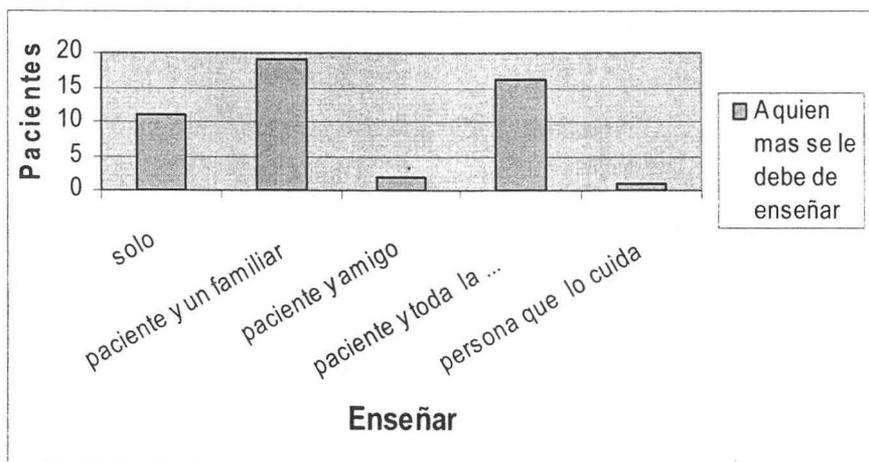
**TABLA N° 24**

**A QUIEN MAS CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 QUE DEBE ENSEÑARSELE SOBRE SU ENFERMEDAD**

Grupo	Enseñarle	Número	%
A	Paciente	11	22
B	Paciente y un familiar	19	39
C	Paciente y un amigo	02	04
D	Paciente y toda la familia	16	33
E	Persona que cuida del paciente	01	02
TOTAL		49	100

**GRÁFICA N° 23**

**A QUIEN CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO QUE SE LE DEBE ENSEÑAR SOBRE SU ENFERMEDAD**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

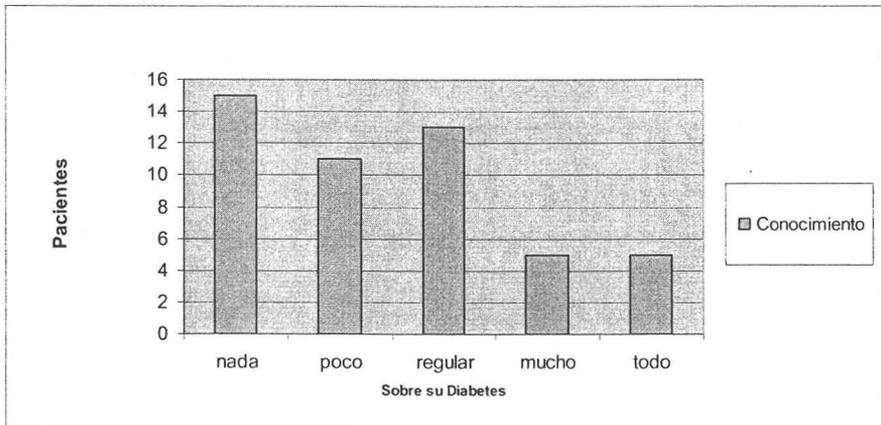
**TABLA N° 25**

QUE CONOCIMIENTO CONSIDERA TENER EL PACIENTE DIABÉTICO  
TIPO 2 SOBRE SU ENFERMEDAD

Grupo	Enseñarle	Número	Porcentaje
A	Casi nada	13	27
B	Poco	13	27
C	Regular	12	24
D	Mucho	05	10
E	Todo	05	10
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>100</b>

**GRÁFICA N° 24**

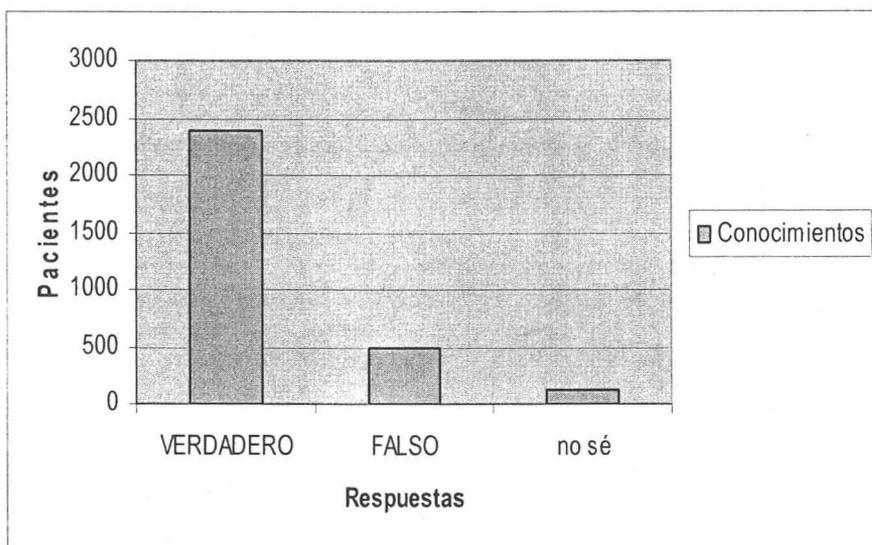
LO QUE CONSIDERA EL PACIENTE DIABÉTICO QUE SABE SOBRE SU  
ENFERMEDAD



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

GRÁFICA N° 25

CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO  
SOBRE SU ENFERMEDAD



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

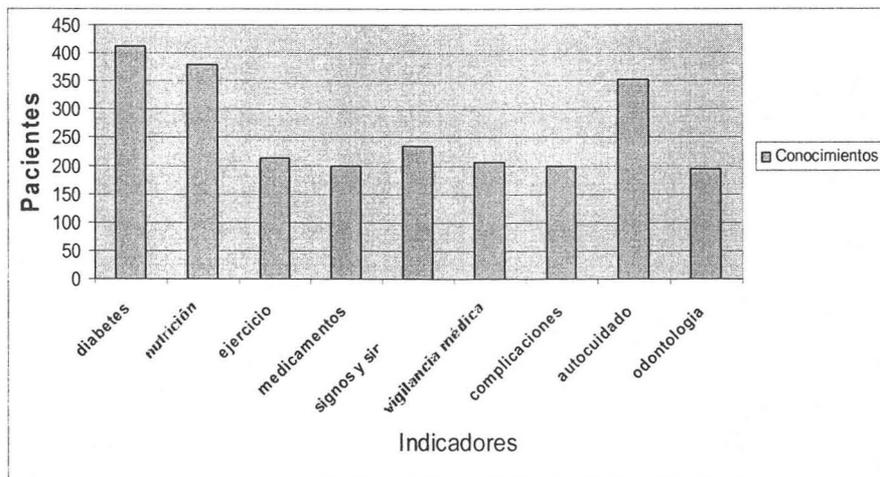
**TABLA N° 26**

**NÚMERO DE ÍTEMS POR INDICADOR DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACERCA DE SU ENFERMEDAD**

Indicador	Preguntas por Indicador	%
1. Diabetes mellitus tipo2	12	13.75
2. Nutrición	09	12.67
3. Ejercicio	05	07.15
4. Medicamentos	05	06.65
5. Signos y síntomas	06	07.86
6. Vigilancia médica	05	06.89
7. Complicaciones	05	06.65
8. Autocuidado	05	11.84
9. Odontología	09	06.52

**GRÁFICA N° 26**

**CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO POR INDICADORES**



Fuente: Encuesta realizada del 21 Abril al 21 Mayo 2004

**TABLA N° 27**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SU ENFERMEDAD**

<b>Conocimiento</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Número</b>	<b>Proporciones</b>
Muy alto	52-61	8	.16
Alto	43-51	15	.30
Medio	34-42	17	.34
Bajo	25-33	2	.04
Muy bajo	16-24	3	.04
Azar *	15	4	.08

\* Explicable por efecto del azar

**TABLA N° 28**

**ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE CON DM TIPO 2 Y AÑOS DE EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD**

<b>Grupo</b>	<b>Años</b>	<b>Número</b>	<b>p*</b>
1	-1	3	NS
2	1-5	13	NS
3	6-10	12	NS
4	11-15	12	NS
5	16-20	9	NS
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>.374</b>

- KRUSKAL-WALLIS

**TABLA N° 29**

ANÁLISIS ENTRE AÑOS DE EVOLUCIÓN Y PUNTUACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO 2

Grupo	p *
1 VS 2	.611
1 VS 3	.945
1 VS 4	.633
1 VS 5	1.000
2 VS 3	.347
2 VS 4	.270
2 VS 5	.036
3 VS 4	.514
3 VS 5	.602

\* U MANN WHITNEY

**TABLA N° 30**

ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE  
CON DM TIPO 2 Y SU ESCOLARIDAD

Escolaridad	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	Rango
Analfabeta	37.00	11	45	14.97	34
Primaria	40.50	- 44	57	20.27	101
Secundaria	45.00	32	55	8.91	23
Preparatoria	50.00	39	50	6.35	11
Profesional	46.00	21	57	12.42	36

**TABLA N° 31**

ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL  
PACIENTE CON DM TIPO 2 Y GRUPOS DE  
ESCOLARIDAD

GRUPO	ESCOLARIDAD	NÚMERO	p*
1	Analfabeta sabe leer y escribir	6	NS
2	Primaria	24	NS
3	Secundaria	09	NS
4	Preparatoria	03	NS
5	Profesional	07	NS
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>.293</b>

KRUSKAL-WALLIS

**TABLA N° 32**

ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL  
PACIENTE CON DM TIPO 2 EN COMPARACIÓN CON CADA  
UNO DE LOS GRUPOS DE ESCOLARIDAD

GRUPO	p*
1 VS 2	.230
1 VS 3	.113
1 VS 4	.095
1 VS 5	.101
2 VS 3	.486
3 VS 4	1.000
4 VS 5	.833

\* U MANN WHITNEY

**TABLA N° 33**

ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL  
PACIENTE CON DM TIPO2 Y CURSOS PREVIOS SOBRE SU  
ENFERMEDAD

Grupo	Cursos	Número	p*
1	0	33	NS
2	1 A 2	10	NS
3	3 A 4	03	NS
4	5 O MAS	03	NS
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>.729</b>

\* KRUSKAL-WALLIS

**TABLA N° 34**

ANÁLISIS DE PUNTUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL  
PACIENTE CON DM TIPO 2 EN COMPARACIÓN CON CADA UNO DE  
LOS CURSOS PREVIOS SOBRE SU ENFERMEDAD

GRUPO	p*
1 VS 2	.724
1 VS 3	.347
1 VS 4	.957
2 VS 3	.371
2 VS 5	.937
3 VS 4	.400

\* U MANN WHITNEY

## INTERPRETACIÓN ANALÍTICA DE LOS RESULTADOS

Se aplicó una prueba piloto a los instrumentos de necesidades educativas y conocimientos del paciente diabético tipo 2, a 10 pacientes. No se realizó ninguna adecuación, al instrumento de necesidades educativas previamente validado.

Se obtuvo una confiabilidad de 0.98 para el instrumento de conocimientos del paciente diabético tipo 2, con la prueba 20 de Kuder Richardson.

Para el instrumento de conocimientos del paciente diabético tipo 2 acerca de su enfermedad se aplicó la fórmula de Pérez Padilla y Viniegra, para determinar las respuestas al azar, hasta muy alto conocimiento volcándose de la siguiente manera: al azar 15 respuestas (4) pacientes (8.16%), conocimiento muy bajo 16-24 (3) pacientes (6.12%), bajo 25-33 (2) pacientes (4.08%), medio 34-42 (17) pacientes (34.69%), alto 43-51 (15) pacientes (30.61%) y muy alto 52-61 (8) pacientes (16.32%) respuestas correctas respectivamente. Con una puntuación de conocimientos que oscilan en un rango de -44 a 57 respuestas correspondiendo a un conocimiento medio la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 del estudio (34.69%) (Tabla 27).

Acerca del análisis de la puntuación los conocimientos del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y los años de evolución de su enfermedad se obtuvo una Kruskal Wallis<sup>(28)</sup> p.374, indicándonos que no hay significancia entre años de evolución de la enfermedad y conocimientos. (Tabla 28).

Con respecto al análisis de la puntuación de respuestas en comparación con cada uno de los 5 grupos de evolución, se obtuvo una U Mann Whitney<sup>(29)</sup> con una significancia .036 entre el grupo 2 y 5 que correspondiendo a 1 - 5 años de evolución y 16 a 20 años de evolución, por lo que podemos concluir que el conocimiento del paciente diabético tipo 2 es mayor en estos grupos. (Tabla 29).

Con respecto a la puntuación de conocimientos mínimos y máximos del paciente diabético tipo 2 en relación con la escolaridad se ubicaron de la siguiente manera: primaria (-44 a 57) media 40.50, analfabeta/sabe leer y escribir (11 a 45) media 37.00, profesional (21 a 57) media 46.00, secundaria (32 a 55) media 45, preparatoria (39 a 55) media 50.00. Observando que la media de puntuación de conocimientos mínimos correspondió al analfabeta/ sabe leer y escribir y el máximo a la preparatoria (Tabla 30)

En relación a los 5 grupos de escolaridad y la puntuación de conocimientos se obtuvo una Kruskal Wallis p. 293 concluyendo que no hay significancia entre escolaridad y los conocimientos del paciente diabético tipo 2 (Tabla 31).

Al analizar la puntuación de respuestas correctas en comparación con cada uno de los 5 grupos de escolaridad se obtuvo una U Mann Whitney con una significancia de .095 entre el grupo 1 contra el 4, en comparación con el resto de los grupos que es mayor. Concluyendo que existe mayor conocimiento entre el grupo que curso la preparatoria (Tabla 32).

Acerca de la puntuación de respuestas correctas en comparación con cursos previos sobre su enfermedad se obtuvo una Kruskal Wallis  $p.729$ , concluyendo que no hay relación entre el número de cursos previos sobre su enfermedad y los conocimientos del paciente diabético tipo 2. (Tabla 33).

Con respecto a la puntuación de conocimientos en comparación con cada uno de los 5 grupos de cursos previos se obtuvo una U Mann Whitney con una  $p$  de  $.347$  entre el grupo 1 contra el 3, en comparación con el resto de los grupos que es mayor. Observando que existe mayor conocimiento cuando se han cursado de 3 - 4 cursos (tabla 34).

En relación al grupo de edad de los pacientes diabéticos tipo 2 estudiados se encontró un predominio de 51-60 años (18) pacientes (37%).

El género de los pacientes diabéticos tipo 2 estudiados se encontró predominio del femenino con (33) pacientes (67.34%).

En los años de evolución de diabetes mellitus tipo 2, predominó el grupo 2 que corresponde a 1-5 años con 13 pacientes (27%), en comparación con los demás grupos estudiados.

La escolaridad del paciente con diabetes mellitus tipo 2, predominó el grupo dos que corresponde a la primaria con 24 pacientes (49%) y el grupo tres con 9 pacientes de secundaria (18%), en comparación con los demás grupos de escolaridad estudiados.

Los consultorios de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes encuestados, predominó el consultorio 2 con 8 pacientes (16%), en comparación con los demás consultorios estudiados.

El tiempo de asistir al consultorio para su vigilancia el paciente con diabetes mellitus tipo 2, predominó en el grupo de 1 - 5 años con 14 pacientes (29%), en segundo término correspondió al grupo 6-10 años con 12 pacientes (24%).

El turno en el que acude a consulta el paciente con diabetes mellitus tipo 2, fué el turno vespertino con 31 pacientes (63%), con respecto al turno matutino.

En relación a los cursos previos sobre diabetes mellitus tipo 2 que ha recibido el paciente, predominó el grupo 1 que corresponde a cero cursos con 33 pacientes (69%), le siguió el grupo 2 de 1- 2 años con 30 pacientes (18%), en comparación con el resto de los cursos previos recibidos.

Respecto al instrumento que refiere el interés que tiene el paciente diabético tipo 2 sobre sus necesidades educativas, consta de 10 indicadores, se consideraron 5 posibles respuestas que fluctúan desde nulo interés hasta muy importante interés, por lo que se constituyeron 5 grupos. Predominando en todos los indicadores el grupo 5 y 4 correspondiendo a muy importante e importante interés respectivamente. De acuerdo al orden de interés corresponden los siguientes porcentajes: complicaciones (90%), nutrición (85%), signos y síntomas (85%),

autocuidado (84%), vigilancia médica (83%), odontología (82%), sobre diabetes mellitus (81%), modo de aprender (80%), ejercicio (78%) y medicamentos (78%). Por lo que se concluye que las necesidades educativas respecto a la mayoría de los indicadores del paciente diabético tipo 2 son de gran interés.

Acerca de lo que le interesa aprender al paciente diabético tipo 2 abordado a través de preguntas abiertas sobre su enfermedad el indicador de nutrición se manifestó con 26 pacientes (53%) consecutivamente complicaciones con 21 pacientes (43%), diabetes mellitus y ejercicio con 17 pacientes (35%), medicamentos con 15 pacientes (31%), autocuidado y odontología con 11 pacientes (22%) y lo que menos interesa es sobre el modo de aprender con 2 pacientes (4%). Concluyendo que la necesidad educativa que más les interesa aprender es sobre nutrición y complicaciones en relación a los 10 indicadores estudiados, lo cual se confirma con el instrumento de necesidades educativas.

De acuerdo a quien considera el paciente diabético que debe enseñarle sobre su enfermedad, predominó el médico 43 pacientes (87%) con respecto a la nutrióloga, enfermera y trabajadora social.

En relación al sitio donde solicita el paciente diabético que debe enseñársele sobre su padecimiento, predominó la clínica con un (100%) y durante la consulta médica (100%).

Con respecto a la forma que solicita el paciente diabético tipo 2 que se le enseñe sobre su enfermedad, corresponde en grupo (78%) y a través de pláticas (35%), en comparación con el resto de los grupos estudiados.

A quien más considera el paciente diabético tipo 2 que debe enseñársele sobre su enfermedad, predominó el grupo 2 con 19 pacientes (39%) correspondiendo al paciente y a un miembro de la familia y en segundo término al paciente y a toda su familia 16 (33%) en comparación con los demás grupos estudiados.

Acerca del conocimiento que considera tener el paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad predominaron los grupo 1 y 2 correspondiendo a casi nada y poco con (27%) respectivamente, en tercer lugar regular (24%), cuarto lugar mucho (10%) y todo (10%), concluyendo que la mayoría de los pacientes considera tener de nada a poco conocimiento sobre su enfermedad.

En cuanto al número de ítems por indicador en el instrumento de conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, acerca de su enfermedad correspondió de la siguiente manera: diabetes mellitus (13.75%), nutrición (12.67%), autocuidado (11.84%), signos y síntomas (7.86%), ejercicio (7.86%), vigilancia médica (6.89%), medicamentos y complicaciones (6.89%) odontología (6.52%).

## CONCLUSIONES

El presente estudio detecta que el conocimiento del paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad es medio, correspondiendo a (17) pacientes (34.69%), no existiendo diferencias significativas en relación a la escolaridad, años de ser diabético, el tener o no cursos previos sobre su enfermedad, el cual se evaluó a través del instrumento de conocimientos (casos clínicos), cuándo los pacientes estudiados infieren tener poco a nada de conocimientos sobre su enfermedad.

Es importante resaltar que 69% de los pacientes que participaron en el estudio no ha recibido ningún curso sobre su enfermedad y solo 18% ha recibido de uno a dos cursos, sobre todo cuando el 27 % de los pacientes cursa con 4-5 años de ser diabético.

Las necesidades educativas del paciente diabético tipo 2 sobre su enfermedad, se detectan que estas son altas, en todos los indicadores estudiados, sobresaliendo las complicaciones, siguiendo en orden de frecuencia: nutrición, signos y síntomas, autocuidado, vigilancia médica, odontología, diabetes mellitus, llamado la atención que lo que menos les interesa aprender es sobre forma de aprender, ejercicio y medicamentos.

Los indicadores de: nutrición y complicaciones siguen siendo los de mayor interés, lo cual se confirma mediante pregunta abierta sobre lo que desea aprender el paciente diabético sobre su enfermedad, como lo demostró el instrumento de necesidades educativas.

Se observa que el conocimiento para el indicador de nutrición es alto y bajo para las complicaciones, infiriendo que la necesidad educativa para estos dos indicadores es mayor con respecto a los otros indicadores estudiados.

Es importante hacer notar que el 100% de los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio indican que el médico es el que debe enseñarles sobre su enfermedad durante la consulta.

## SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES DEL INVESTIGADOR

Si el conocimiento del paciente diabético tipo 2 es medio, como lo demostró el presente estudio, nos hace reflexionar el motivo por el cual el 48% al 69% de los pacientes diabéticos cursa con descontrol metabólico, surgiendo varias preguntas: ¿estos pacientes tienen un control metabólico adecuado?, de no ser así, ¿cual es motivo para que la teoría y practica no se lleve a cabo? Posiblemente esto se deba a que el conocimiento no fue por una experiencia vivida del mismo paciente o por la de algún familiar, basada esta en una educación tradicional pasiva –receptiva, donde al paciente solo se le ha transmitido la información o piense, “a mi eso no me va a pasar”, o por negación de la enfermedad, sin tomar en consideración sus necesidades educativas, haciéndolo participativo y reflexivo en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Durante la realización del estudio al aplicar los instrumentos de necesidades educativas y de conocimiento, me llamo la atención lo siguiente: un gran número

de pacientes ignoraban que en la unidad se dan cursos y/o pláticas sobre su enfermedad, además les interesa saber que tanto saben sobre su enfermedad, refiriendo que el conocimiento adquirido es por la experiencia vivida del mismo paciente o por padecer la enfermedad algún familiar.

Dejando motivados a los participantes: sobre los resultados de las encuestas, donde puedan verter las dudas que tienen sobre su padecimiento, sitios donde se imparten pláticas y/o cursos.

Estas observaciones nos hacen reflexionar sobre la forma en que, en la actualidad en la UMF N° 5 se lleva la educación del paciente diabético tipo 2, la cual se imparte en forma multidisciplinaria a cargo de trabajo social, dietología y médico de fomento a la salud, sin la participación del médico familiar, en cuatro sesiones con el contenido temático preestablecido, continuando con una enseñanza de tipo tradicional, pasivo - receptiva basada en lo que considera el experto que debe de recibir el paciente sin tomar en cuenta su necesidad educativa.

Los conocimientos vertidos en estas pláticas y/o cursos se manejan en forma grupal, sin tomar en cuenta los conocimientos previos ya sean adquiridos por un familiar diabético o por la experiencia vivida del propio paciente.

Por otra parte el médico familiar y el personal multidisciplinario sigue considerando al enfermo como un elemento pasivo- receptivo, solo tramite información, como experto es el que decide que debe saber el paciente, durante la consulta de manera breve sin investigar cual es su necesidad educativa.

Para lograr un adecuado control es fundamental, que la educación del paciente diabético se modifique, en su totalidad individualizando esta basándola en sus necesidades educativas y en sus conocimientos previos a si como en sus experiencias, situación que no sucede en la actualidad.

Resaltando la importancia de modificar la educación tradicional pasivo- receptiva a estrategias educativas participativas, reflexiva, crítica, basada en sus experiencias, en forma individualizada, conociendo sus necesidades educativas para lograr un buen control.

El reto siguiente estaría en poder enlazar los conocimientos y experiencias previas con las necesidades educativas de los pacientes a través de una estrategia educativa que intente promover la participación del enfermo y su familia, así como la reflexión de lo que acontece en su realidad y tratar de modificar lo que sea pertinente para mejorar su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zúñiga GS. Educación de paciente diabético un problema ancestral. Rev Méd IMSS 2000;3:187-191.
2. Zimmet MC, Carty D. Global estimates an projections. Diabetes institute 2000; 3:56-73.
3. King HR. Diabetes and the world health organization. Prevention and control Diabetes Care 1999;16:387-390.
4. Beaulieu MD. Detección sistemática de la diabetes mellitus en adultos, con excepción de las mujeres embarazadas en prevención clínica guía para médicos . Barcelona: Edic OPS; 1998.
5. Dirección general de Epidemiología. Encuesta nacional de experiencias crónicas. México, D:F: Instituto nacional de nutrición Salvador Subirán;1999.
6. Ruil A. The Impact of Diabetes mellitus on public health in México. Current Science 1995; 64-74.
7. Escandon RC, Fernández GC, Pérez LJ. Epidemiología de la diabetes mellitus e hipertensión arterial en población derechohabiente del Instituto mexicano del seguro social. México D. F: Edic.Instituto mexicano del seguro social; 2000
8. Dirección de finanzas y sistemas, división de sistemas de informática médica y proyectos especiales. México D.F: Edic Instituto mexicano del seguro social 1999.
9. Programa institucional para la vigilancia prevención y control de la diabetes mellitus. Guía técnica general. México D:F: Edic instituto mexicano del seguro social ;1999; 04-11.
10. Dirección de prescripciones medicas, Coordinación de salud Comunitaria. Boletín Anual de Mortalidad. México D.F; Edic Instituto mexicano del seguro social 1986-1999.
11. Lascano BG,Rodríguez MM, Guerrero R F. Educación del paciente diabético. Rev. Méd IMSS 1999; 37:39-44.
12. Rodríguez MM, Guerrero RJ. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Rev Salud Pública 1997; 39:44-47.
13. Campbell LV, Barth R, Gasper JK, Jupp JJ, Simons AA, Urisholm AJ. Impact of intensive educational approach to dietary change in niaan, Diabetes Care 1990;13:841-847.
14. Allen BT, DeLong ER, Feussher JR. Impae of glucose self- monitoring on mon-insulin-treated patients with type II diabetes mellitus. Diabetes Care 1990;13:1044-1050.
15. Salazar SA, Islas S, Lifshitz A .Impacto social y económico de la diabetes mellitus. México: Edic Mc Grayn Hill; 1993:15-28.
16. Viniegra VL. Una Nueva estrategia para la educación médica de postgrado parte I. Rev. Invest Clin 1999;42:151-156.
17. Freire P. Pedagogía al oprimido. México: Edic siglo XXI;1974;69-95.
18. Freire P. La Educación como práctica de la libertad. México: Edic Siglo XXI.;1979:75-113.

19. Martínez MM, Ortega SM, Rodríguez MA. Construcción y validación de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo2, UMF 14. Delegación 2, DF: Escuela de enfermería CMN. siglo XXI. X foro nacional de investigación de salud, 2001
20. Preciado FP, Regalado OV, Sánchez BM, Sánchez EL, Zazueta BO. El adolescente diabético y su conocimiento real de la enfermedad hospital ginecopediatria 31. Mexicali BC. XI Foro nacional de investigación de salud, 2000.
21. Jiménez VV. Nivel de Conocimiento del Paciente Diabético con Respecto a su Autocuidado. HGZ 8. Córdoba, Veracruz. XI Foro nacional de investigación de salud, 2001.
22. Beltrán GM, Espinosa AP, Castañeda LR, Aranda AJ. Labor educativa del médico familiar en el paciente con diabetes mellitus. Educación e investigación medica UMF :17 delegación 1 noroeste: octava reunión de investigación en salud de la región la raza, 2001.
23. Estrada CM, Gámez CM, Cruz PA. Modelo Educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM 2. Rev. Enferm IMSS 2004;12 (2):75-78.
24. Facundo LA, Lara LM, Rangel VG. Estilos de vida no saludables en pacientes con diabetes mellitus 2. Rev. Enferm IMSS 2004;12 (2):79-82.
25. Lazcano BG. Eficacia de la educación en el control de glucemia en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev. Méd IMSS 1999; 37(1):39.42.
26. Zúñiga G.S. Educación del Paciente diabético un problema ancestral. Rev. Méd IMSS 2000; 38 (3):18-21.
27. Ovalle JF. Educación base primordial del tratamiento. Rev. Méd 2001 IMSS; 3 (41): 18-20.
28. Sidney S, Castellan N. Estadística no parametrica, México: Edic Trillas;2003
29. Wayne D. Bioestadística. México: Edic Limusa; 1992

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.5  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA  
PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ACERCA DE SU ENFERMEDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º5" registrado ante el Comité local de Investigación con el número \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es detectar cual es el conocimiento y las necesidades educativas del paciente diabético tipo 2 a la Unidad de Medicina Familiar N.5. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar preguntas que me formulen por escrito.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que me conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, matricula y firma  
Investigador principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

## NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Este Instrumento evalúa el nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus tipo 2. Consta de 3 casos, al finalizar cada caso, aparece un listado de enunciados. Favor de elegir la respuesta correcta.

### INSTRUCCIONES

1. Lea con atención cada uno de los casos.
2. Conteste todas las preguntas con una de las opciones verdadero ( V ), falso ( F ), no sé ( NS ). Entendiendo V si considera que el enunciado afirma algo que es cierto, con respecto al caso descrito. F si considera que el enunciado es incorrecto respecto al caso descrito. NS cuando no pueda discernir entre V ó F. Se le suplica contestar todos los enunciados.

### CASO CLÍNICO 1:

José Antonio tiene 57 años de edad, su abuelo paterno murió, por tener dañados los riñones, lo que los médicos llaman nefropatía diabética.

Don José Antonio enviudo desde hace tres años y como no tiene quien le prepare sus alimentos come en la calle tacos, tortas quesadillas y en ocasiones comida corrida, al día toma 2 litros de refresco y los fines de semana consume bebidas alcohólicas sin llegar al estado de embriaguez, acostumbra fumar de 7-9 cigarrillos al día .

No acostumbra hacer ejercicio, es una persona sedentaria, actualmente es pensionado, no acude con regularidad a sus citas, no toma los medicamentos, ni realiza sus exámenes de laboratorio como lo indica su médico, solo lo hace cuando se siente mal.

Acude a consulta con su médico familiar porque desde hace tres meses presenta cansancio, orina varias veces en la noche, tiene mucha sed, hambre, y movilidad de toda su dentadura y presento la caída de tres dientes sin causa aparente.

Al revisarlo su médico familiar encuentra que pesa 86 kilos, mide 1.60 cm de estatura, cuándo debería pesar 60 kilos, tiene presión de 140/95 cuando para su edad la normal debería ser 140/90 y confirma la movilidad dental y la perdida de varias piezas dentarias.

	V	F	NS
Don José tiene azúcar en la sangre, también llamada diabetes mellitus			
El señor José esta consumiendo muchos azúcares			
Le ha perjudicado a la salud del Sr. José no hacer ejercicio			
Las molestias de cansancio, mucha sed, mucha hambre, orina varias veces en la noche, que presenta el Sr. José son por tener el azúcar baja			
El tener movilidad en los dientes es una complicación de la diabetes			
El daño en los riñones que padeció el abuelo paterno del Sr. José, disminuye la posibilidad de desarrollar diabetes en sus hijos			
El señor José pudiera tener diabetes por el peso que tiene			
En el caso del Sr. José el consumir bebidas alcohólicas es causa de azúcar alta			
El tener un familiar diabético como el abuelo del Sr. José disminuye la posibilidad de desarrollar diabetes en sus hijos.			
Es adecuado que el Sr. José tome sus medicamentos solo cuando se siente mal			
Para su control y tratamiento el Sr. José debe acudir a sus control mensual			

	V	F	NS
El caminar le ayuda al Sr. José a controlar sus niveles de azúcar y bajar de peso			
El no tomar sus medicamentos a diario favorece el control de la diabetes mellitas			
La caída de los dientes que presenta el Sr. José es por su mal control de su diabetes			
Solo cuando el Sr. José se siente mal se le deben practicar exámenes de laboratorio			
Si el Sr. José hubiera tomado sus medicamentos como se lo ordenó su médico tendría mucha sed, hambre y orinaría mucho			
El Sr. José debe realizar ejercicio solo cuando sus cifras de azúcar estén elevadas			

## NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Este Instrumento evalúa el nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus tipo 2. Consta de 3 casos, al finalizar cada caso, aparece un listado de enunciados. Favor de elegir la respuesta correcta.

### INSTRUCCIONES

1. Lea con atención cada uno de los casos.
2. Conteste todas las preguntas con una de las opciones verdadero (V ), falso (F), no sé ( NS ). Entendiendo V si considera que el enunciado afirma algo que es cierto, con respecto al caso descrito. F si considera que el enunciado es incorrecto respecto al caso descrito. NS cuando no pueda discernir entre V ó F. Se le suplica contestar todos los enunciados.

### CASO CLÍNICO 2

La señora Josefina tiene 60 años, con los siguientes antecedentes familiares padre y hermano diabéticos, es ama de casa, cuida a sus nietos mientras su hija trabaja.

La señora Josefina lleva 16 años de ser diabética y un año de ser hipertensa (presión alta), recientemente se le diagnosticó retinopatía diabética (daño en los ojos por azúcar alta.)

La Sra. Josefina no acude a sus citas ni se realiza exámenes de laboratorio que indicó su médico por no tener tiempo ya que cuida a sus nietos, en los últimos 6 meses ha venido solo en dos ocasiones y sus resultados de laboratorio indican niveles de azúcar de 280 y 320 mg, cuando a su edad lo normal sería de 140 miligramos de azúcar (glucemia).

	V	F	NS
El tener familiares diabéticos como el papá y hermano de la Sra. Josefina aumenta la posibilidad desarrollar diabetes en su hija			
Los niveles de azúcar (glucemia) de 280 y 320 mg de la Sra. Josefina son normales			
El daño en los ojos (retinopatía) que tiene la Sra. Josefina es por un control adecuado su diabetes			
El acudir ocasionalmente a las citas con el médico la Sra. Josefina, favorece el control de la diabetes mellitus			
El tener cifras de azúcar por arriba de 140 miligramos como en el caso de Doña Josefina aumenta el riesgo de quedar ciego			

Doña Josefina no lleva dieta ni realiza ejercicio por falta de tiempo y se olvida con frecuencia de tomar sus medicamentos, para su control de diabetes, y presión alta. Hace dos días acudió al servicio de urgencias por presentar desvanecimiento, sudor, dolor de cabeza, temblor y cansancio, refiere que ese día solo tomó su medicamento para el control de su diabetes y presión alta pero no pudo desayunar, ni comer por un problema que tuvo en su casa.

	V	F	NS
Tomar su medicamento para control de su azúcar y no haber comido le provocó a la Sra. Josefina sudor, cansancio, dolor de cabeza, temblor y desvanecimiento			
El dolor de cabeza, sudor, desvanecimiento, cansancio y temblor, que presentó la Sra. Josefina, son molestias de niveles de azúcar baja en sangre			
El cansancio, temblor, desvanecimiento, sudor y dolor de cabeza son datos de control adecuado de su Diabetes Mellitus			
Es correcto que la Sra. Josefina acudiera al servicio de urgencias por las molestias que presentó			
El haber comido después de haber tomado su medicamento hubiera evitado la sudoración, cansancio y dolor de cabeza			
Doña Josefina debe tomar sus alimentos máximo media hora después de haber tomado su medicamento para el control de la diabetes			
Si Doña Josefina llevara la dieta indicada por su médico, controlaría su azúcar en la sangre			

Acude a consulta manifestando que perdió 4 kilos aproximadamente en los últimos tres meses, siente su vista borrosa, orina mucho y solicita medicamento ya que este se le terminó hace dos meses y sus resultados de laboratorio indican niveles de azúcar de 280 y 320 mg

	V	F	NS
El no tomar sus medicamentos a diario eleva el azúcar de Doña Josefina			
Los niveles de 280 y 320 mg de azúcar en la sangre (glucemia) son la causa de su visión borrosa y de que orine mucho la Sra. Josefina.			
Los niveles de azúcar de 280 y 320 miligramos pueden ocasionar que Doña Josefina sea internada.			
La pérdida de peso de 4 kilos es causada por el nivel de azúcar de 280 y 320 miligramos.			
Bajar de peso sin llevar dieta ni tomar medicamentos perjudica a Doña Josefina.			

Su médico le dijo que para la diabetes debía controlarse con una tableta de glibenclamida (lo que los médicos llaman hipoglucemiante) cada 8 horas y una tableta de captopril cada 12 horas, para controlar la presión alta, una dieta de 1500 kilocalorías al día con bajo nivel de sal y caminar 30 minutos diarios. Al revisarla su médico familiar mide 1.55 centímetros de estatura, registró un peso de 83 kilos, cuándo debería de pesar 55 kilos, una presión de 150/95 cuando la normal a su edad es de 140/89.

	V	F	NS
Para su control y tratamiento de presión alta y diabetes mellitus doña Josefina debe acudir mensualmente a sus citas			
El tomar sus medicamentos cada 12 horas le ayuda a la Sra. Josefina a controlar su nivel de azúcar en sangre.			
EL llevar su dieta, le ayudaría a la Sra. Josefina, a bajar de peso, y controlar mejor su nivel de azúcar en sangre.			
Es mas importante para el control del azúcar tomar la glibenclamida que llevar la dieta			
La dieta indicada ayudaría a Doña Josefina a controlar mejor su presión			
El caminar le ayudaría a la Sra. Josefina a controlar su nivel de azúcar en sangre			

## NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Este Instrumento evalúa el nivel de conocimientos en Diabetes Mellitus tipo 2. Consta de 3 casos, al finalizar cada caso, aparece un listado de enunciados. Favor de elegir la respuesta correcta.

### INSTRUCCIONES

1. Lea con atención cada uno de los casos.
2. Conteste todas las preguntas con una de las opciones verdadero (V), falso (F), no sé ( NS ). Entendiendo V si considera que el enunciado afirma algo que es cierto, con respecto al caso descrito. F si considera que el enunciado es incorrecto respecto al caso descrito. NS cuando no pueda discernir entre V ó F. Se le suplica contestar todos los enunciados.

### CASO CLÍNICO 3

María tiene 61 años de edad con antecedentes familiares de abuela materna, madre y padre diabéticos, muertos por nefropatía diabética (daño en los riñones por azúcar alta).

Es soltera, ama de casa, consume mucho refresco, pan dulce, tortillas y no le gustan las verduras.

Padece de presión alta y diabetes mellitus tipo 2, de 22 años de evolución, no lleva su control mensual en forma regular; tiene cifras de azúcar en sangre (glucemia) de 288 mg, tiene dañados los riñones (nefropatía diabética) desde 1998. Lleva tres años con daño en los ojos (retinopatía diabética). En 1997 se le realiza amputación de pierna izquierda posterior a una infección en los dedos del pie en ese entonces tenía cifras de (azúcar en sangre) glucemia de 554 mg.

La Sra. María acude a consulta manifestando disminución de la visión en ambos ojos, cansancio y adormecimiento de pierna derecha, mucho apetito y mucha sed.

Al explorarla su médico la encuentra con palidez de piel, con la garganta irritada, con falta de varios dientes e inflamación de las encías y ligera movilidad de otras piezas dentales falta de lubricación en la pierna y pie derecho. Se comprueba adormecimiento y falta de sensibilidad de pierna derecha, hongos en las uñas de los dedos de los pies, con cifras de azúcar en sangre (glucemia) de 182 mg

Su médico le indica a la Sra. María glibenclamida (medicamento para el azúcar una tableta cada 8 horas, captopril (medicamento para la presión) una tableta cada 8 horas, miconazol (medicamento para el hongo en las uñas de los pies aplicar cada 12 horas, pasar al dentista, dieta, poner crema en piernas, sacar cita en oftalmología (especialista en los ojos) y ejercitar sus brazos, pierna y miembro amputado.

	V	F	NS
El tener madre y padre y abuela materna diabética disminuye las posibilidades de que la Sra. Maria desarrolle diabetes			
El no ejercitar sus brazos, pierna y miembro amputado, la Sra. Maria le ayuda a su control de la diabetes			
El tomar sus medicamentos indicados por su médico le ayuda a la Sra. Maria a controlar su diabetes mellitus y presión alta			
La alimentación que lleva la Sra. Maria es adecuada			
La hipertensión arterial (presión alta) es una complicación de la diabetes mellitus			
Las cifras de azúcar en la sangre (glucemia) de 554 mg complicó la infección en sus dedos del pie izquierdo			
Las cifras de glucemia ( azúcar en sangre ) de 182 mg son valores normales			
La causa de la disminución de la visión de la Sra. Maria es por tener cifras altas de azúcar en sangre			
Los síntomas mucho apetito y mucha sed son síntomas de azúcar baja			
El adormecimiento de la pierna derecha son complicaciones de la diabetes mellitus mal controlada			
La inflamación de las encías es ocasionada por la diabetes			
La ligera movilidad dental que presenta la Sra. Maria es ocasionada por la diabetes			
En los pacientes con diabetes mellitus descontrolada son mas frecuentes las infecciones en los pies como el hongo de la Sra. Maria.			
Le ayudaría a disminuir la inflamación de las encías el cepillarse los dientes			
Es adecuado que la Sra. Maria acuda con el dietista			
Es adecuado que la Sra. Maria se ponga crema en las piernas			
Todo paciente diabético debe ser valorado por el oftalmólogo (especialista de los ojos)			
¿El comer verduras verdes ayudaría a mejorar sus niveles de azúcar?			

LA PRESENTE ENCUESTA PRETENDE CONOCER QUE ES LO QUE A USTED LE INTERESARIA SABER EN RELACION A LA DIABETES MELLITUS

1. ¿Desde hace cuánto tiempo se sabe diabético?
  
2. ¿A qué número de consultorio acude a consulta?
  
3. ¿Desde hace cuánto tiempo acude a consulta en este consultorio?
  
4. ¿Que tanto considera usted que sabe de diabetes mellitus?
  - a) Casi nada o nada
  - b) Poco
  - c) Regular
  - d) Mucho
  - e) Casi todo o todo

GRACIAS

## NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE DIBÉTICO TIPO 2

### INSTRUCCIONES

LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE COMO OBJETIVO CONOCER QUE ES LO QUE A USTED LE INTERESA SABER Y EN QUE GRADO LE INTERESA SABERLO, ACERCA DE: LA DIABETES MELLITUS, II NUTRICION, III EJERCICIO, IV. MEDICAMENTOS, V. SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, VI. VIGILANCIA MEDICA PERIODICA, VII: COMPLICACIONES, VIII: AUTOCUIDADO, IX. ODONTOLOGIA, X. MODO DE APRENDER. LAS PREGUNTAS SE ENCUENTRAN AGRUPADAS POR TEMAS, EN CADA UNA DE ELLAS SELECCIONE UNA RESPUESTA. PUEDE ELEGIR ENTRE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS:

1. Cuando no le interese la respuesta
2. Cuando tenga dudas sobre la respuesta.
3. Cuando le interese la respuesta.
4. Cuando la respuesta es importante para usted.
5. Cuando la respuesta es muy importante para usted.

YA QUE HAYA SELECCIONADO SU RESPUESTA PONGA UNA CRUZ "X" EN EL CUADRITO QUE LE CORRESPONDE. POR EJEMPLO, SI USTED EN UNA PREGUNTA HA SELECCIONADO LA RESPUESTA 4 CUANDO LA RESPUESTA ES IMPORTANTE PARA USTED, ENTONCES USTED DEBERA PONER LA "X" EN EL CUADRITO QUE APARECE DEBAJO DE LA RESPUESTA 4

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CUESTIONARIO

1      2      3      4      5

#### I. DIABETES MELLITUS

1. ¿Qué es la azúcar en la sangre, también llamada diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Cuáles son las causas que desencadenan la diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Cómo se puede evitar la diabetes mellitus en los familiares de los pacientes diabéticos?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Cuáles son las molestias más frecuentes de la diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>				

#### II. NUTRICION

5. ¿Qué alimentos comer?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Cómo preparar los alimentos?	<input type="checkbox"/>				

	1	2	3	4	5
7. ¿Cuáles alimentos es preferible que evite comer?					
8. ¿Como en caso de tener obesidad el disminuir de peso puede ayudar a controlar mejor el azúcar?					

### III.-EJERCICIO

9. ¿Cuáles ejercicios puede realizar?					
10. ¿Cuánto tiempo realizar el ejercicio?					
11.¿Conocer cuánta "azúcar" tiene y cuánta medicina tomar o inyectarse cuando se hace ejercicio?					
12. ¿En qué condiciones realizar el ejercicio?					
13. ¿Como al realizar ejercicio puede mejorar el nivel de azúcar en la sangre?					

### IV.- MEDICAMENTOS

14.¿El nombre correcto de los medicamentos que se pone y su forma de actuar?					
15.¿Qué es la insulina?					
16.¿Para qué sirve la insulina?					
17.¿Qué son "las pastillas para la azúcar" llamadas por los médicos hipoglucemiantes orales?					
18.¿Cuáles son las "pastillas para la azúcar" que más frecuentemente se usan?					
19.¿Para qué sirven las "pastillas para la azúcar"?					
20. En el caso de aplicarse insulina ¿qué cantidad aplicarse?					
21.En el caso de tomar "pastillas para la azúcar" ¿qué cantidad tomar?					
22.¿Qué molestias puede sentir por las pastillas o la insulina?					
23.¿A qué hora tomar o inyectarse los medicamentos?					

### V.- SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

8. ¿Cuál es el nombre de la "azúcar baja"?					
9. ¿Cuáles son las molestias en caso de "azúcar baja" (hipoglucemia)?					

10. ¿Cuáles son las causas del "azúcar baja" (hipoglucemia)?					
11. ¿Cuál es el nombre de la ""azúcar alta""?					
12. ¿Cuáles son las molestias de la ""azúcar alta"?" (hiperglucemia)					
13. ¿Cuáles son las causas de la ""azúcar alta""? (hiperglucemia)					
14. ¿Cuáles son los horarios para el consumo de alimentos?					
15. ¿Cuáles alimentos es preferible que evite comer?					
¿Como en caso de tener obesidad el disminuir de peso puede ayudar a controlar mejor el azúcar?					
III.-EJERCICIO					
16. ¿Cuáles ejercicios puede realizar?					
17. ¿Cuánto tiempo realizar el ejercicio?					
18. ¿Conocer cuánta "azúcar" tiene y cuánta medicina tomar o inyectarse cuando se hace ejercicio?					
19. ¿En qué condiciones realizar el ejercicio?					
20. ¿Como al realizar ejercicio puede mejorar el nivel de azúcar en la sangre?					
IV.- MEDICAMENTOS					
21. ¿El nombre correcto de los medicamentos que se pone y su forma de actuar?					
22. ¿Qué es la insulina?					
23. ¿Para qué sirve la insulina?					
24. ¿Qué son "las pastillas para la azúcar" llamadas por los médicos hipoglucemiantes orales?					
25. ¿Cuáles son las "pastillas para la azúcar" que más frecuentemente se usan?					
26. ¿Para qué sirven las "pastillas para la azúcar"?					
27. En el caso de aplicarse insulina ¿qué cantidad aplicarse?					
28. En el caso de tomar "pastillas para la azúcar" ¿qué cantidad tomar?					
29. ¿Qué molestias puede sentir por las pastillas o la insulina?					

V.- SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- |   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 30. ¿Cuál es el nombre de la "azúcar baja"?   |  |  |  |  |  |
| 31. ¿Cuáles son las molestias en caso de "azúcar baja" (hipoglucemia)?                              |  |  |  |  |  |
| 32. ¿Cuáles son las causas del "azúcar baja" (hipoglucemia)?  |  |  |  |  |  |
| 33. ¿Cuál es el nombre de la "azúcar alta"?   |  |  |  |  |  |
| 34. ¿Cuáles son las molestias de la "azúcar alta" (hiperglucemia)?                                  |  |  |  |  |  |
| 35. ¿Cuáles son las causas de la "azúcar alta" (hiperglucemia)?                                     |  |  |  |  |  |
| 36. ¿Que junto con la diabetes mellitus puede tener "presión alta" (llamada hipertensión arterial)? |  |  |  |  |  |
| 37. ¿Cuáles son las molestias en caso de tener la "presión alta" (hipertensión arterial)?           |  |  |  |  |  |

VIII.- AUTOCUIDADO

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 38. ¿Cuáles son los cuidados y medidas de higiene de los pies?   |  |  |  |  |  |
| 39. ¿Cómo aplicar la insulina?   |  |  |  |  |  |
| 40. ¿Cómo evitar que se eche a perder la insulina?   |  |  |  |  |  |
| 41. ¿Cuáles son las infecciones más frecuentes en la diabetes mellitus?                                    |  |  |  |  |  |
| 42. ¿Cuáles son las molestias en la infección de riñón o vejiga?   |  |  |  |  |  |
| 43. ¿En caso de ser mujer ¿Qué molestias puede causar el flujo vaginal?                                    |  |  |  |  |  |
| 44. ¿Cuáles son las molestias de las infecciones por hongos en uñas y piel?                                |  |  |  |  |  |
| 45. ¿Cuáles son las molestias de los abscesos en piel y por debajo de la piel?                             |  |  |  |  |  |
| 46. ¿Que hacer para evitar las infecciones más comunes en la diabetes mellitus?                            |  |  |  |  |  |
| 47. ¿Qué vacunas necesito aplicarme y con que periodicidad?  |  |  |  |  |  |
| 48. ¿Qué medidas de higiene personal necesito como paciente con diabetes mellitus para preservar mi salud? |  |  |  |  |  |

IX ODONTOLOGIA

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 49. ¿Por qué es necesario acudir periódicamente a las citas con el dentista? |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

50. ¿Cuáles son los daños de la boca más frecuentes por diabetes mellitus mal controlada?

51. ¿Qué es la movilidad dental?

52. ¿Que la movilidad dental puede presentarse por diabetes mellitus mal controlada?

53. ¿Cuáles son las molestias más frecuentes de los abscesos dentales y de la encía?

54. ¿Que los abscesos dentales y de la encía pueden elevar el nivel de azúcar en la sangre?

55. ¿Que la diabetes mellitus mal controlada causa mal aliento (llamado por los médicos halitosis)?


#### X SOBRE EL MODO DE APRENDER QUE SABER Y QUE HACER EN LA DIABETES MELLITUS

56. ¿Cómo dejar en claro que comprendí lo que me acaban de explicar?

57. ¿Cómo demostrar que aprendí lo que me acaban de explicar?

58. ¿Poder exponer sus dudas sobre los temas tratados?

59. ¿Poder reflexionar y decir que pueden hacer y que no pueden hacer en relación al tema tratado?

60. ¿Poder plantear alternativas relacionadas con lo que no pueden hacer?

61. ¿Poder exponer las razones por las que se que se plantea una alternativa?
