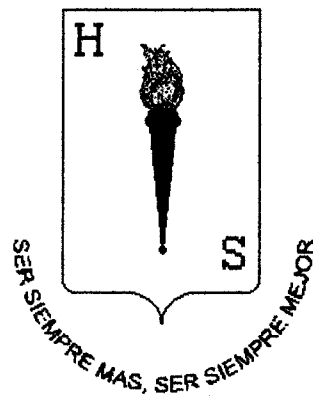


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



T E S I S

DIABETES MELLITUS II

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ROSA HERRERA ESCAMILLA

MORELIA, MICHOACÁN,



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

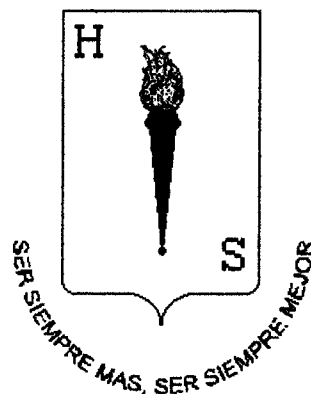
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



T E S I S

DIABETES MELLITUS II

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ROSA HERRERA ESCAMILLA

MORELIA, MICHOACÁN,

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación , lo dedico a mis padres y especialmente a Dios que me ha permitido seguir esta trayectoria , ya que sin ellos no hubiese llegado hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todo el personal académico y administrativo que intervinieron en este proceso para que se llevara a cabo.

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional para fomentar en mí la idea de proseguir.

Agradezco a mis Maestros su ayuda e interés por ayudarme en mi trabajo de investigación así como a mis compañeras

ÍNDICE GENERAL .

Portadilla	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Introducción	iv
Índice	v
Índice de graficas	vi

CAPITULO I

1.0.- El problema	2
1.1.- Zona o región de estudio	3
1.2.- Antecedentes del problema	11
1.3.- Planteamiento del problema.....	14
1.4.- Variables16
1.5.- Objetivos	18
1.6.- Hipótesis	20
1.7.- Importancia del estudio	23
1.8.- Justificación	23
1.9.- Limitación de la investigación	24
1.10.- Viabilidad	24

CAPITULO II

2.0.- Marco teórico	26
2.1.- Teorías del conocimiento	28
2.2.- Teorías etiológicas	45
2.3.- Referencias bibliograficas	50
2.4.- Conclusión sobre teorías del tema	54

CAPITULO III

3.0.- Metodología	56
3.1.- Enfoque de investigación	57
3.2.- Tipos de investigación	63
3.3.- Diseño de investigación	64
3.4.- Unidades de análisis	67
3.5.- Instrumentos de medición	70

CAPITULO IV**RESULTADOS**

4.1.- Descripción de los resultados	76
4.2.- Interpretación de los resultados	80

BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	89
GRAFICAS	99

ÍNDICE DE GRAFICAS.

1.- Grafica de la pregunta # 1	99
2.- Grafica de la pregunta # 2	99
3.- Grafica de la pregunta # 3	100
4.- Grafica de la pregunta # 4	100
5.- Grafica de la pregunta # 5	101
6.- Grafica de la pregunta # 6	101
7.- Grafica de la pregunta # 7	101
8.- Grafica de la pregunta # 8	102
9.- Grafica de la pregunta # 9	102
10.- Grafica de la pregunta # 10	103
11.- Grafica de la pregunta # 11	103
12.- Grafica de la pregunta # 12	104
13.- Grafica de la pregunta # 13	104
14.- Grafica de la pregunta # 14	105
15.- Grafica de la pregunta # 15	105
16.- Grafica de la pregunta # 16	106
17.- Grafica de la pregunta # 17	106
18.- Grafica de la pregunta # 18	107
19.- Grafica de la pregunta # 19	107
20.- Grafica de la pregunta # 20	108
21.- Grafica de la pregunta # 21	108
22.- Grafica de la pregunta # 22	109

23.- Grafica de la pregunta # 23	109
24.- Grafica de la pregunta # 24	110
25.- Grafica de la pregunta # 25	110
26.- Grafica de la pregunta # 26	111
27.- Grafica de la pregunta # 27	111

INTRODUCCIÓN

Este tema de investigación surgió con la necesidad de conocer cuales son los factores relevantes que perjudican a la población en general, se sabe que hoy en día la Diabetes Mellitus es la principal causa de muerte, también surge con la necesidad de conocer e indagar sobre Diabetes Mellitus, porque esta es una patología que esta afectando a la mayoría de la población mexicana. Esta patología ha existido desde hace muchos años, se han realizado varias investigaciones que han sido de gran aportación para la humanidad, así como para controlar la situación que afecta a todos en especial a los adultos, pero sin descartar a los jóvenes.

CAPITULO I

1.0.- EL PROBLEMA

Consiste en describir las experiencias empíricas, contexto, determinantes, interrogantes, efectos, posibles soluciones y sugerir los propósitos del estudio. (Balderas,1995).

El problema es afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación.(Hernández, Et.al. 2002).

El problema es efectuar una investigación para conocer cuales son los factores que influyen en la conformación de las actividades de la población mencionada hacia las normas, costumbres, formas de interacción y otras modalidades propias de los sectores urbanos. (id).

La presente investigación, surge a través de observar en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) varios casos de Diabetes Mellitus II (DMII),y ver la necesidad que amerita cada uno de los pacientes en su estado patológico.

Se eligió el tema para conocer e indagar mas sobre Diabetes Mellitus Tipo II (DM II), siendo este un tema de mayor importancia para la sociedad y en especial a quien la padece.

1.1.- ZONA O REGIÓN DE ESTUDIO

Desafortunadamente la Diabetes Mellitus no sólo consiste en la elevación de glucosa sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los sujetos que la padecen.

Existen numerosas clasificaciones, siendo la más aceptada la formulada por el Experto Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus emitida en 1997, que la divide en dos tipos principales sin considerar la edad de inicio: diabetes MELLITUS tipo 1 (DM 1) y diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2); en este último se incluye a más de 90% de todos los diabéticos, razón por la cual aquí se describirá únicamente la Diabetes Mellitus Tipo II (DM) y en particular su manejo en el primer nivel de atención (pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización).

Control intensivo de la glucemia en DM1

El estudio Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) puso de manifiesto que la mejoría en el control de la glucemia disminuye la incidencia de complicaciones asociadas a la DM1 (26). En este estudio, 1.400 pacientes con DM1 fueron randomizados de manera que un grupo recibía tratamiento insulínico intensivo, mientras que el otro recibió tratamiento convencional con insulina. En los pacientes que recibieron tratamiento intensivo se observó una mejoría del control glucémico junto a una reducción significativa de la progresión de la retinopatía diabética existente y a una disminución en la incidencia de neuropatía y nefropatía

Como ya se ha señalado el estudio DCCT se realizó en pacientes con DM1, por lo que quedaba por aclarar si los resultados de dicho estudio podían extrapolarse a los sujetos con DM2; ya que, en estas personas, la incidencia de complicaciones microvasculares es menor que en la DM1 (7); siendo más frecuentes, y de mayor importancia, las complicaciones macrovasculares.

Control intensivo de la glucemia en DM 2

Hasta fechas recientes, los resultados de diversos estudios observacionales apoyaban la existencia de una asociación entre la hiperglucemia y la aparición de complicaciones en la DM2 (7,25); si bien, existían dudas si el control glucémico lograría evitar o retrasar la aparición de complicaciones..

- University Group Diabetes Program (UGDP): iniciado en 1961 y finalizado en 1975, incluía un total de 1.021 pacientes que fueron randomizados en uno de los siguientes tratamientos: dieta junto a placebo; insulina administrada en cantidades variables para mantener unos niveles normales de glucemia; insulina a dosis fijas (dosis matutina de insulina Lente inferior a 20 UI); sulfonilureas (tolbutamida) o biguanidas (fenformina) (27). Los pacientes fueron examinados cada tres meses con el objeto de evaluar los beneficios de cada uno de estos tratamientos con relación a la aparición de complicaciones microvasculares, neuropáticas y cardiovasculares. En 1969, tras un período de seguimiento de 7 años, se interrumpieron los grupos de tratamiento con tolbutamida y fenformina, como consecuencia de un incremento de la mortalidad (especialmente por causa cardiovascular). Los resultados de este estudio concluían que no existían evidencias de que el tratamiento con insulina fuera superior al tratamiento dietético o que un tratamiento más intensivo con insulina fuese superior al tratamiento estándar en cuanto a reducir las complicaciones vasculares del DM2 (30). En definitiva, las conclusiones no apoyaban la existencia de beneficios asociados a un control más intensivo de la glucemia en pacientes con DM2 (25).

Este estudio ha sido objeto de numerosas críticas destacando, que: no se observó un aumento de la mortalidad en todos los centros participantes en el mismo (7); se incluyó un bajo número de pacientes (200) en cada grupo de tratamiento (7,25); las características básicas de los pacientes incluidos en el estudio, en cuanto a la comorbilidad que presentaban, no era similar en todos los grupos de estudio; y, la diferencia en los niveles de glucemia basal -en el grupo bajo tratamiento intensivo- en comparación con los otros grupos de tratamiento, fue tan sólo de 30 mg/dl (25).

- **Kumamoto Study:** se realizó en Japón sobre 110 sujetos (31), con un diseño y objetivos semejantes a los del DCCT, con la salvedad de que éste se realizó en pacientes no obesos con DM2 (7). Los pacientes fueron randomizados en uno de los siguiente grupos de tratamiento: tratamiento intensivo con múltiples inyecciones de insulina o tratamiento convencional con insulina, mostrando que la administración de múltiples inyecciones de insulina se asociaba a un mejor control de la glucemia (de acuerdo con los niveles de hemoglobina glucosilada) que el tratamiento convencional, disminuyendo de forma significativa la aparición de las complicaciones microvasculares asociadas a la DM2, con una reducción del riesgo similar al observado en el DCCT (25).

- **United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) (32,33):** Junto a estas evidencias, en la actualidad disponemos de los resultados definitivos del estudio más amplio y prolongado realizado en pacientes con DM2. En dicho estudio se incluyeron 5.102 pacientes con diagnóstico reciente de DM2, en 23 centros del Reino Unido, durante 1977 y 1991, asintomáticos tras un programa de intervención dietética de tres meses de duración y que presentaban unos niveles de glucemia entre 1,08 y 2,7 g/l. Dichos pacientes fueron asignados al azar (randomizados) a un grupo de control glucémico convencional o, alternativamente, a un grupo de control glucémico intensivo. En el grupo de control convencional, los pacientes fueron tratados con dieta, con el objetivo de mantener al paciente asintomático y con una glucemia

plasmática en ayunas < 270 mg/dl; iniciándose tratamiento farmacológico adicional, en el caso de que no se alcanzase dicho objetivo. En el grupo de control intensivo, los pacientes fueron asignados al tratamiento con sulfonilureas (clorpropramida, glibenclamida y glipizida) o con insulina, con los objetivos de mantener al paciente asintomático y con unos niveles de glucemia plasmática en ayunas < 108 mg/dl. En ambos grupos, control convencional y control intensivo, se iniciaba tratamiento farmacológico en monoterapia; cuando no se conseguían los objetivos de control, se pasaba -en primer lugar- a la terapia combinada oral con dos fármacos y, en última instancia, se iniciaba tratamiento con insulina.

En otra rama del estudio UKPDS, realizada en 15 centros participantes donde la metformina era una opción terapéutica, se seleccionaron 753 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos: control intensivo con metformina (342 pacientes) o control convencional (411 pacientes). Los pacientes tratados con metformina, con objetivos de control intensivo, fueron comparados a su vez con otras ramas del estudio, donde se incluían sujetos con DM y sobrepeso asignados a control intensivo con sulfonilureas o insulina (951 pacientes).

Las sulfonilureas que se emplearon en el estudio UKPDS fueron clorpropramida (100-500 mg/día), glibenclamida (2,5 - 20 mg/día) y glipizida (2,5 - 40 mg/día). La metformina se administró a dosis de 850 a 2.550 mg/día, mientras que la insulina se administró en forma de una inyección diaria de insulina lenta o semilenta, a la que se añadieron dosis de insulina rápida antes de cada comida en el caso de que las necesidades superaran las 14 UI/día.

Para el análisis de los resultados, los tres criterios principales de evaluación, fueron: el conjunto de complicaciones relacionadas con la DM (complicaciones mortales, cardiovasculares, renales u oculares); la mortalidad debida a la DM; y, la mortalidad total.

Por su parte, los criterios secundarios de evaluación que se establecieron, fueron: la aparición de una afectación clínica asociada a la microangiopatía diabética (insuficiencia renal, retinopatía que precise fotocoagulación o hemorragia vítrea); infarto de miocardio; accidente cerebrovascular; la amputación; y, la muerte secundaria a arteriopatía periférica.

Los resultados del estudio UKPDS son globalmente favorables; así, el objetivo de un control intensivo de la glucemia se asocia a cierta mejoría clínica. No observándose diferencias, en los valores de la hemoglobina glucosilada ni en la reducción del riesgo o en la incidencia de efectos adversos, en función de los distintos fármacos utilizados en el grupo de control intensivo (sulfonilureas o insulina) (34).

Con respecto a la eficacia del control glucémico en relación con los niveles de hemoglobina glucosilada, de acuerdo con el efecto buscado, la hemoglobina glucosilada permaneció ligera, aunque significativamente, más baja en el grupo de pacientes para los que se estableció un control intensivo de la glucemia. De todas formas, tanto en el grupo de control intensivo como en el de control menos intensivo, el deterioro progresivo del equilibrio glucémico hizo necesario añadir otros agentes hipoglucemiantes al tratamiento inicial en una buena parte de los pacientes. Así, a los 6 años de seguimiento, el 19% de los pacientes incluidos en el grupo de control intensivo con sulfamidas hipoglucemiantes se les había añadido metformina; al 14% de los pacientes con sobrepeso incluidos en el grupo de control intensivo con metformina, se les añadió una sulfonilurea; y, el 55% de los pacientes incluidos en el grupo de control menos intensivo, inicialmente tratados con dieta sola, recibían un agente hipoglucemiante (35).

En cuanto a la eficacia clínica del control de la glucemia, de acuerdo con los diversos análisis estadísticos realizados, ha mostrado distintos resultados. Así, en el primer análisis realizado sobre la totalidad de la muestra, con la salvedad de los pacientes que recibieron metformina, no se puso de manifiesto la existencia de una diferencia

significativa entre los grupos de control intensivo y convencional de la glucemia (32). Demostrándose una reducción del riesgo en el conjunto de complicaciones relacionadas con la DM, y en las complicaciones microvasculares, en el grupo de control intensivo respecto al grupo de control convencional. La aparición de la primera complicación clínica asociada a la DM se vio retrasada en el grupo para el que se estableció un control intensivo 14 años, frente a 12,7 años en el grupo de control convencional .

Con relación a la eficacia clínica de los distintos tratamientos hipoglucemiantes (progresión de la retinopatía a los 12 años de seguimiento) en los pacientes asignados al tratamiento con clorpropramida no se puso de manifiesto la misma reducción de riesgo que en los tratados con glibenclamida o insulina .

En cuanto a los sujetos obesos con DM tratados con metformina incluidos en el estudio UKPDS, un análisis separado de los resultados muestra que la mortalidad total, la mortalidad asociada a la DM y la incidencia del conjunto de complicaciones relacionadas con la DM, disminuyeron (de manera estadísticamente significativa) en el grupo de control intensivo mediante tratamiento con metformina. En estos pacientes con sobrepeso, no se ha puesto de manifiesto esta disminución de la mortalidad en los grupos de control empleados en el grupo de control intensivo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la reducción del riesgo en los tratados con insulina o sulfonilureas. Tan sólo para uno de los criterios secundarios de evaluación (la intensivo tratados con sulfonilureas o insulina .

Por el contrario, el análisis de un subgrupo de pacientes en los que la glucemia era difícil de controlar, ha mostrado resultados inquietantes. Así, 537 pacientes (con o sin sobrepeso) inicialmente incluidos en el grupo de control intensivo mediante tratamiento con sulfonilureas (clorpropramida o glibenclamida), en los que su glucemia no se controlaba adecuadamente a pesar de utilizar los fármacos a dosis máximas fueron randomizados en dos subgrupos: el primero de ellos,

continuaría el tratamiento con sulfonilureas en monoterapia; mientras que al segundo, se les añadía metformina al tratamiento inicial. Tras un seguimiento medio de 6,6 años, la mortalidad asociada a la DM fue de 8,6/1.000 pacientes en el grupo que continuó la monoterapia con una sulfonilurea; mientras que, en el grupo que recibió la metformina asociada, la mortalidad asociada a la DM fue de 16,8/1.000 pacientes .

Con relación a la incidencia de efectos adversos asociados a los distintos tratamientos empleados en el estudio UKPDS, la ganancia de peso, la hipoglucemia y el aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular fueron estrechamente vigilados durante la realización del estudio. La ganancia de peso fue estadísticamente significativa entre los pacientes asignados al grupo de control intensivo mediante insulina (4 kg), clorpropramida (2,6 kg) y glibenclamida (1,7 kg), con relación al grupo de pacientes con control menos intensivo.

En cuanto a la aparición de episodios de hipoglucemia, cada año aproximadamente el 25% de los pacientes incluidos en el grupo de control intensivo padecieron al menos un episodio de hipoglucemia. Independientemente de la pertenencia al grupo de control intensivo o menos intensivo, el porcentaje de pacientes que padecieron episodios de hipoglucemia fue: clorpropramida (11%), glibenclamida (17,7%), metformina (4,2%) e insulina (36,5%). Entre los pacientes con sobrepeso, que fueron incluidos en el grupo de control intensivo mediante tratamiento con metformina, se observó una menor ganancia de peso y menos episodios de hipoglucemia que entre los pacientes incluidos en los otros grupos de tratamiento.

En resumen, entre los sujetos con DM2 que recibieron tratamiento con sulfonilureas, se observa un beneficio clínico -derivado del control intensivo de la glucemia- sobre el conjunto de complicaciones relacionadas con la DM; y, en particular, sobre las complicaciones microvasculares, aunque con un mayor número de episodios de hipoglucemia y una mayor ganancia ponderal. Entre los pacientes obesos con DM2, el control intensivo de la glucemia con metformina se

asocia a una reducción de las complicaciones micro y macrovasculares y sobre la mortalidad por todas las causas. Sin embargo, los pacientes mal controlados mediante el tratamiento con una sulfonilurea, no parecen conseguir beneficios adicionales tras el tratamiento con la asociación sulfonilurea + metformina.

En cuanto al efecto de un control intensivo de la glucemia sobre la aparición de complicaciones asociadas a la DM, el estudio UKPDS pone de manifiesto que un control intensivo de la glucemia disminuye el riesgo de aparición de complicaciones diabéticas. Sin embargo con relación al criterio de mortalidad asociada a la DM, no se observa una diferencia significativa en los grupos de pacientes tratados con una sulfonilurea o insulina; lo que en principio no permite descartar una disminución o un ligero aumento de la mortalidad (34). No obstante, y contrariamente a los resultados del estudio UGDP, en el estudio UKPDS no se ha puesto de manifiesto la existencia de un incremento de mortalidad entre los pacientes tratados con sulfonilureas o insulina .

Un análisis de los criterios secundarios de evaluación muestra que entre las complicaciones asociadas a la DM, ha sido esencialmente el riesgo de microangiopatía diabética (en especial, la retinopatía diabética) el que más ha disminuido en el grupo de pacientes con un control intensivo de la glucemia. Sin embargo, el riesgo de aparición de complicaciones macrovasculares (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, amputaciones) no fue menor en el grupo de control intensivo que en el de control menos intensivo .

El efecto del control intensivo de la glucemia mediante tratamiento con metformina sobre la mortalidad resulta difícil de interpretar. Así, en el estudio UKPDS muestra que entre los sujetos con DM y sobrepeso, el tratamiento con metformina se asocia a una reducción de las complicaciones, de la mortalidad total y de la mortalidad asociada a la DM. Por el contrario, entre los pacientes (con sobrepeso o no) en tratamiento con sulfonilureas, la asociación de metformina aumenta la

mortalidad asociada a la Diabetes (34), hecho que deberá aclararse en posteriores estudios.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Aunque la Diabetes es una enfermedad milenaria fue en 1921, con el descubrimiento de la insulina por Bating y Best Canadá, que se contó con un recurso para salvar la vida de muchos diabéticos. Con ello se creyó haber encontrado la solución al problema; sin embargo se logro controlar algunos de los síntomas agudos de la enfermedad, evitar el coma diabético como causa frecuente de muerte y prolongar la vida de los sujetos afectados.

Esto último permitió a su vez observar y conocer mejor las complicaciones tardías de neuropatía, retinopatía y nefropatía, causa fundamental de morbilidad en la población diabética. Las sulfanilureas y las biguanidas son tratamiento oral para la diabetes no insulino- dependiente, aparecieron en 1954.

Jesús Kumate, investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) participó en el congreso internacional de especialidades del Centro Médico Nacional (CMN) "siglo XXI". El año pasado murieron 53 mil personas en México por Diabetes Mellitus (DM) enfermedad que se ubica en la segunda causa de muerte en el país. La tendencia es que está cifra sea cada vez mayor ante el aumento en la esperanza de vida, la pandemia de la obesidad, el sedentarismo, y el propio proceso genético, ya que por las características de los mexicanos se tiene un 50% mas el riesgo de ser diabéticos, en relación a otras razas como los europeos.

Tal y como lo señalo Kumate, se estima que el 10% de los mexicanos son o están propensos a sufrir de Diabetes Mellitus (DM), que es la enfermedad de moda y la más costosa, por toda variedad de complicaciones que afectan a quien la padece y la atención medica que requiere de por vida. Ocasiona daños en la función del riñón, corazón y de la visión así como

infecciones recurrentes principalmente el pie diabético, una de las primeras causas de amputación de extremidades.

La diabetes Mellitus no es una afección única, sino un síndrome dentro del cual deben individualizarse diferentes entidades nosológicas.

A medida que han ido progresando los conocimientos sobre los factores etiológicos de la enfermedad, la lista de las distintas diabetes se ha ido ampliando, lo que ha dado lugar a sucesivas clasificaciones de la enfermedad. La última propuesta data de 1997 y es obra de un Comité de Expertos de la American Diabetic Assotiation (ADA), que además ha rectificado los criterios diagnósticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha modificado de momento sus postulados de 1985, por lo que en este estudio se ha considerado oportuno hablar sobre la Diabetes Mellitus (DM II).

La diabetes Mellitus II suele iniciarse de forma progresiva después de los 40 años (aunque en los individuos obesos no es rara en la década de los 30), no tiende a la cetosis, a menudo cursa con obesidad y pronunciada agregación familiar. Muchos datos indican que la Diabetes Mellitus no Insulinodependiente (DMNID) es también heterogénea, por lo que se ha clasificado en una forma asociada con obesidad, otra no asociada con obesidad y, finalmente, la diabetes del adulto en jóvenes (DAJ), que se caracteriza por la aparición de una diabetes no cetósica y de progresión lenta en individuos jóvenes. La diabetes del adulto en jóvenes (DAJ) se transmite por herencia autosómica dominante y su tratamiento no requiere insulina, al menos durante los primeros años.

La morbilidad por Diabetes Mellitus en México ha mostrado una tendencia ascendente, lo que condiciona que la demanda de hospitalización en los últimos años sea cinco veces mayor que la de otros padecimientos, con una mayor incidencia de complicaciones.

La prevalencia es la medición que permite evaluar mejor la magnitud y tendencia de esta enfermedad.

- En la década de los sesenta la prevalencia estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que 2% de los mexicanos eran diabéticos.

-En 1979 la Diabetes Mellitus (DM) se identificó en 17% de una población de México americanos de 45 a 74 años que radicaban en Laredo, Texas.

-En 1990 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informó que en su población atendida la diabetes ocupó el primer lugar de morbilidad, tercero en demanda de consulta, sexto en incapacidades y quinto en mortalidad.

- De acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia para la población de 20 a 60 años fue de 6.7%. De este grupo 68.7% tenía diagnóstico previo de diabetes y en 31.3% se hizo el hallazgo, lo cual indica que dos tercios del total de los diabéticos son conocidos; sin embargo, al considerar los resultados de las curvas de tolerancia a la glucosa la razón de conocidos: desconocidos es de 1:1.

La mortalidad por diabetes también ha mostrado una tendencia ascendente en los dos últimos decenios. En 1976 del total de muertes 7% correspondió a diabetes y en 1993 alcanzó 13%. Por otra parte, la mortalidad hospitalaria por diabetes aumentó de 2% en 1977 a 6% en 1984. Si bien la letalidad total por diabetes es de 9%, cifra que coincide con la correspondiente a la causada por complicaciones renales, se eleva significativamente cuando la causa es por cetoacidosis (23%) o coma hiperosmolar (43%)

1.3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

No es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de la investigación.(Hernández, Et.al.2003).

Es afinar y estructurar mas formalmente el problema de las investigaciones, objetivos y preguntas, justificación, deben hallar la investigación y ver si se da en la realidad.(Rojas Soriano, 2002).

Comprende las actividades que deben realizarse para especificar el problema y estar en posibilidad de formular la hipótesis orientada a la investigación.(Medina, 1998).

La presente investigación tiene la necesidad de realizar diferentes cuestiones

El planteamiento del problema es la delimitación clara y precisa (sin ambigüedades) del objeto de investigación realizada por medio de preguntas, lecturas, trabajo manual, encuestas, pilotos, entrevistas, etcétera.(Heinz Dieterich, 2002).

La delimitación del problema se realiza mediante 5 pasos:

- ◆ La delimitación del objeto en espacio físico-geográfico.
- ◆ Delimitación del tiempo.
- ◆ El análisis semántico (de significado) de sus principales conceptos mediante
 - ◆ enciclopedias y libros especializados.
- ◆ La formación de oraciones tópicas.
- ◆ La determinación de recursos disponibles.

La función del planteamiento del problema consiste en revelarle al investigador, si su proyecto de investigación es viable dentro de sus tiempos y recursos disponibles.

Criterios para plantear el problema:

- ◆ El problema debe expresar una relación entre una o más variables.
- ◆ El problema debe estar formulado claramente y sin ambigüedad como pregunta.
- ◆ El planteamiento debe implicar la posibilidad de realizar una prueba empírica (enfoque cuantitativo) o una recolección de datos (enfoque cualitativo).

EN ESTA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE CUESTIONARA SOBRE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

- ◆ Conocer que es Diabetes Mellitus (DM II) para las pacientes femeninas de 40-45 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la Ciudad de Morelia en el Semestre Enero- Junio 2004.
- ◆ Como se manifiesta la Diabetes Mellitus en Pacientes femeninas de 40-45 años de edad En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la Ciudad de Morelia en el Semestre Enero- Junio 2004.
- ◆ Cuales son las complicaciones que ocasiona la Diabetes Mellitus en Pacientes femeninas De 40-45 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia en el Semestre Enero – Junio 2004.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores relevantes que complican la Diabetes Mellitus en pacientes femeninas De 40 –45 años de edad en el Hospital De Nuestra Señora de la salud en la Ciudad de Morelia en el semestre Enero – Junio 2004?.

1.4.- VARIABLES

Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. (Hernández, Et.al).

Define a la variable como "una característica, atributo, propiedad, o cualidad que puede darse o estar ausente en los individuos, grupos o sociedades, también puede presentarse en matices o modalidades diferentes, o en grados, magnitudes, o medidas distintas a lo largo de un continuum".(Rojas Soriano,2002).

Entonces, se puede decir que las variables son características o aspectos de personas u objetos que se pueden ver o medir y que pueden asumir distintos valores como por ejemplo el sexo, la religión, el aprendizaje, la inteligencia, la efectividad de una vacuna, el tiempo que tarda en manifestarse una enfermedad, etc.

Las variables solamente son validas cuando se relacionan con otras y forman parte de una hipótesis o de una teoría. Y en la investigación son denominados " constructos o construcciones hipotéticas"

Variables Dicotómicas.- solo permiten división en dos categorías (V.gr. sexo)

X se toma como una variable independiente

La cual se define como el elemento (fenómeno, situación) que explica, condiciona o determina la presencia de otro y expresa las causas del fenómeno.

Y se toma como variable dependiente:

Ya que expresa las consecuencias del fenómeno y puede definirse como el elemento (fenómeno, situación) explicado o que esta en función del otro.

Las variables pueden ser:

Categorías: pertenecen a una clase de medición llamada nominal. En ellas hay dos o más subconjuntos del conjunto de objetos que se mide.

Cualitativas: Son aquellas que pueden tomar solamente un número limitado de valores (sexo, ocupación, estado civil).

Cuantitativas discretas: Son susceptibles a adquirir valores fijos o no divisibles (número de hijos).

Cuantitativas continuas: pueden adquirir una infinidad de valores a lo largo de un continuum, aunque en la práctica no lo hagan (ingreso, edad).

Las variables del presente estudio de acuerdo a lo anteriormente descrito se presentan de la siguiente manera.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

DIABETES MELLITUS TIPO II	X	
COMPLICACIONES DURANTE EL PERIODO PATOGENICO		Y

En el presente estudio se presenta Diabetes Mellitus como la variable X, ya que es el fenómeno a investigar y complicaciones durante el periodo patogénico como variable Y, siendo que es el fenómeno que complementa la

investigación de la variable X. X es el fenómeno que condiciona o determina la presencia de la variable Y.

TIPOS DE OBJETIVOS.

Educacionales o generales:

Por objetivos generales o educacionales entendemos formulaciones explícitas de los cambios que se espera que se produzcan en los alumnos, mediante el proceso educativo.

Objetivos didácticos o específicos:

Representan expresiones de comportamiento con relación al educando, a lo que el mismo deberá hacer en determinadas circunstancias, después de un periodo de estudio o de secuencias del proceso enseñanza-aprendizaje.

Por lo tanto, según lo antes mencionado, los objetivos de la investigación son los que se exponen a continuación.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.

El objetivo de la presente investigación es conocer, analizar, e indagar sobre Diabetes Mellitus Tipo II.

1.5.-OBJETIVOS.

La palabra objetivo viene del latín, "objetus" que quiere decir "proyectando hacia delante", lo que está al frente o lo que está presente.

Los objetivos de la investigación tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio. (Hernández, Et.al.2003)

Los objetivos tienen que expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación y deben ser susceptibles de alcanzarse (Rojas, 2001)

Hablando en relación a la Administración teóricamente existen objetivos y estos son.

Objetivos de servicio.- Las empresas o instituciones sociales producen bienes y servicios, la calidad de dichos bienes o servicio es valorada por los usuarios, de modo que la demanda depende de la calidad.

Objetivos sociales.- Toda organización humana se convierte en un campo para el desarrollo de relaciones sociales. El servicio que se presta a la comunidad se convierte en una proyección de la organización.

Objetivos económicos.- El logro de los objetivos económicos requiere la creación de bienes y servicios de calidad al menor costo posible. Los intereses se protegen utilizando al máximo los recursos existentes (Balderas, 1995)

OBJETIVO GENERAL, al termino de la investigación se realizará un programa que contenga información sobre que es Diabetes Mellitus tipo II, que complicaciones trae a las personas que ya la han adquirido y que medidas preventivas se puede tomar para evitarla, así como un control para la población enfocado principalmente en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la Ciudad De Morelia Michoacán.

OBJETIVO ESPECIFICO.

La presente investigación tiene como objetivo específico:

- ◆ .Ampliar conocimientos sobre Diabetes Mellitus II

- ◆ Saber como realizar al paciente el diagnostico de diabetes Mellitus
- ◆ Conocer la etiología de la Diabetes Mellitus tipo II.
- ◆ Se dará a conocer las complicaciones sobre Diabetes Mellitus tipo II

1.6.- HIPÓTESIS.

Las hipótesis son "explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones".(Hernández, Letal)

Una hipótesis "es una forma de desarrollo de las ciencias naturales, por cuanto son pensamientos". (Engles, 2001).

Algunos autores conciben la hipótesis como una proposición que puede ser puesta a prueba para determinar su validez.

"La hipótesis es una afirmación tentativa, más que definitiva. Debe ser formulada de tal manera que pueda ser potencialmente aceptada o rechazada por medio de los hallazgos. La teoría sirve de base a la hipótesis y a su vez es modificada por ésta. La hipótesis requiere de la investigación, para la comprobación de los postulados que contiene". (García, Et.al.).

Existen muchas formas de clasificar las hipótesis, pero la presente investigación se concentrara en el enfoque cuantitativo que se desglosa de la siguiente manera:

a) Hipótesis de investigación:

Son proposiciones tentativas acerca de las posibilidades relaciones entre dos o más variables. Estas a su vez se dividen en:

1.-Las hipótesis correlacionales son las que especifican las relaciones o asociación entre dos variables o más.

2.-Las hipótesis de la diferencia entre grupos se formulan para comparar grupos y se puede construir la hipótesis donde establezcan únicamente la diferencia o cuando además de la diferencia se especifica a cuál de los dos grupos por comparar favorece.

3.-Las hipótesis que establecen relaciones de causalidad, también afirman las relaciones entre dos o más y como se dan dichas relaciones entre dos o más y como se dan dichas relaciones. Además de proponer un "sentido de entendimiento" de ellas; este sentido puede ser menos completo, dependiendo del número de variables que se incluyan, pero todas estas hipótesis establecen relaciones de causa efecto.

b) Hipótesis nulas:

Son las opuestas a las hipótesis de investigación. También establecen relaciones entre las variables, pero, para efectuar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación.

c) Hipótesis alternativas:

Son posibilidades "alternas" ante las hipótesis de investigación y nulas. Dan otra explicación o descripción distintas de las que proporcionan estos tipos de hipótesis.

d) Hipótesis estadísticas:

Representan la transformación de las hipótesis de investigación, nulas y alternativas en símbolos estadísticos y son exclusivas del enfoque cuantitativo. Hay tres tipos de hipótesis estadísticas: de estimación, de correlación y de referencias de medidas.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

La hipótesis es una alternativa por medio de la cual nos apoyamos para realizar investigaciones, así como, ordenar y sistematizar el conocimiento.

La hipótesis utilizada en esta investigación corresponde a la hipótesis causal. Se optó por este tipo porque el estudio establece relaciones de causa efecto.

Si se da a conocer las complicaciones y riesgos sobre Diabetes Mellitus tipo II, entonces existirá una mejor calidad de vida.

INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN.

INDICADORES DE VARIABLE X DIABETES MELLITUS TIPO II	INDICADORES DE VARIABLE Y COMPLICACIONES DURANTE EL PERIODO PATOGENICO
--	---



<ul style="list-style-type: none"> ◆ DEFINICIÓN DE DIABETES ◆ TIPOS DE DIABETES MELLITUS ◆ ETIOLOGÍA DE DIABETES MELLITUS ◆ RIESGOS QUE SE PRESENTAN ◆ TEORÍAS DE LA DIABETES MELLITUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS II. • SIGNOS Y SÍNTOMAS • TIPO DE ALIMENTACIÓN. • TIPO DE EJERCICIO • PATOLOGÍAS AGREGADAS.
--	--

1.7.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Se eligió esta investigación porque tiene mayor riesgo de complicaciones.

Esta investigación será de gran importancia para el investigador ya que le servirá para conocer sobre Diabetes Mellitus tipo II.

Proporcionará información a las personas interesadas sobre el tema y a los pacientes que la padezcan así como a sus familiares darles una buena orientación , sobre los factores de riesgo que con lleva a los diferentes tipos de patologías.

1.8.- JUSTIFICACIÓN.

La diabetes es una enfermedad crónico degenerativa más vista en este país, se encuentra en el segundo lugar como causa de mortalidad según estudios realizados por el Sector Salud, ya que esta afectando a la población en general porque desde la concepción del embarazo no sé tiene una buena alimentación , aunque existen factores que con llevan a la patología como son: hereditarios, cultura, socioeconómicos, religiosos, etcétera. .

La educación del paciente a través del proceso enseñanza – aprendizaje permite intercambiar información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes que beneficien la salud en general.

1.9.- LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Al realizar la investigación las principales limitaciones que se encontraron en el presente estudio son las siguientes:

- ❖ Falta de bibliografía.
- ❖ Dificultad para llevar una lógica en toda la investigación.
- ❖ Dificultad para redactar
- ❖ Dificultad para manejar la computadora.
- ❖ Dificultad por el horario de clases

1.10.-VIABILIDAD.

Se refiere a la "factibilidad en la relación de un estudio en cuanto a la disponibilidad de recursos". (Hernández, Et.al)

La investigación es viable de llevarse a cabo porque en la institución donde se realizará la investigación se cuenta con los recursos disponibles para ejecutarla.

CAPITULO II

CAPITULO II

2.0.- MARCO TEÓRICO

Es un instrumento fundamental de carácter conceptual que tiene como objetivo proporcionar validez y coherencia en la búsqueda de soluciones y respuestas que representa la investigación.

El marco teórico implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio (parafrasear). No es sinónimo de teorías.

Por lo tanto para entender de una manera mas clara es necesario clarar ciertos aspectos, de los cuales podemos mencionar el concepto de Epistemología (del griego episteme "conocimiento"; logos, "teoría" rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodea a la denominada teoría del conocimiento.

La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes de los criterios, de los tipos de consiento posible y del grado con el que cada uno resulta cierto; así como de la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido..

Ciencia es el conjunto de lo que se sabe por haberlo aprendido mediante una continuada actividad mental, para tener ciencia hay que acabar al menos todo un sistema de conocimientos para tener saber basta con poseer mas conocimientos acerca de uno o varios de los sistemas de los que tiene el vulgo.

FUNCIONES DEL MARCO TEÓRICO

Sus funciones principales:

- 1.- Ayuda a prevenir errores que se han cometido en otros estudios.**
- 2.- Orienta sobre como habrá de realizarse el estudio**
- 3.- Ampliar el horizonte del estudio o guía al investigador para que se centre en su problema, evitando desviaciones del planteamiento original.**
- 4.- Conduce al establecimiento de hipótesis o afirmaciones que mas tarde habrán de someter a prueba en la realidad.**
- 5.- Inspirar nuevas líneas y áreas de la investigación.**
- 6.-Provee de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio.**

La elaboración del marco teórico usualmente comprende dos etapas:

0 La revisión de la literatura correspondiente.

0 La adopción de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica o de referencia.

Para realizar el marco teórico referencial se requiere manejar tres niveles de información:

a).-primer nivel: manejo de las teorías generales y los elementos teóricos particulares sobre el tema.

:b).- segundo nivel: analizar la información empírica secundaria o indirecta proviene de distintas fuentes, revistas periódicos etc.

c).- tercer nivel: implica el manejo de información empírica primaria o directa obtenida mediante un acercamiento con la realidad, a través de guías de observación y de entrevistas a informantes claves .

2.1.-TEORÍAS DEL CONOCIMIENTO

ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

La cuestión del origen del conocimiento humano puede tener tanto un sentido psicológico como un sentido lógico. En el primer caso dice: ¿Cómo tiene lugar psicológicamente el conocimiento en el sujeto pensante?

En el segundo caso: ¿En qué se funda la validez de cuestiones no han sido separadas las más de las veces en la historia de la filosofía. Racionalismo (del latín, ratio, razón), en filosofía, sistema de pensamiento que acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento, en contraste con el empirismo, que resalta el papel de la experiencia, sobre todo el sentido de la percepción.

Literalmente es el modo de pensar, de filosofar que se basa en la razón , el juicio, (en oposición al irracionalismo).En la comprensión habitual racionalismo es sensatez de inteligencia, cordura, es decir la capacidad del hombre, en su vida cotidiana y en su práctica cognoscitiva, para juzgar sensatamente saliendo en lo posible del poder de los sentimientos y las emociones, para superar los – pro y los- contra.

El racionalismo ha aparecido de distintas formas desde las primeras etapas de la filosofía occidental, pero se identifica ante todo con la tradición que proviene del filósofo y científico francés del siglo XVII René Descartes, el cual creía que la geometría representaba el ideal de todas las ciencias y también de la filosofía. Mantenía que solo por medio de la razón se podían descubrir ciertos universales, verdades evidentes en sí, de las que es posible deducir el resto de contenidos de la filosofía y de las ciencias. Manifestaba que estas verdades evidentes en sí eran innatas, no derivadas de la experiencia. Este tipo de racionalismo fue desarrollado por otros filósofos europeos, como el francés Baruch Spinoza y el pensador y matemático alemán Gottfried Wilhelm Leibniz. Se opusieron a ella los empiristas británicos, como John Locke y David Hume, que creían que todas las ideas procedían de los sentidos.

El racionalismo epistemológico ha sido aplicado a otros campos de la investigación filosófica. El racionalismo en ética es la afirmación de que ciertas ideas morales primarias son innatas en la especie humana y que tales principios morales son evidentes en sí a la facultad racional. El racionalismo en la filosofía de la religión afirma que los principios fundamentales de la religión son innatos o evidentes en sí y que la revelación no es necesaria, como en el deísmo. Desde finales del año 1800, el racionalismo ha jugado sobre todo un papel antirreligioso en la teología.

El racionalismo lógico distingue estrictamente entre las cuestiones de origen psicológico y las de valor lógico, e investiga cuidadosamente la fuente de la lógica. La importancia del racionalismo consiste en que fija y determina el valor de la razón en el conocimiento. Se dice que el racionalismo lógico requiere validez universal, piensa que se puede llegar a la metafísica a través de vicios conceptuales, y de conceptos deduce conocimientos.

Por otro lado encontramos el racionalismo Inmanente el cual surgió en la edad moderna con Descartes y Leibnitz los cuales hablan de las teorías innatas. En donde según poseemos un determinado número de conceptos innatos, estos conceptos se llaman: Conceptos básicos del conocimiento, los cuales no proceden de la experiencia, sino que constituyen el patrimonio natural de la razón

Descartes habla que tales ideas son más o menos perfectas y que para llegar al razonamiento tenemos dos principios:

Principio de contradicción aborda que las verdades de la razón nacen de la experiencia sensible.

Principio de la razón suficiente aborda que las verdades de hecho son verdades innatas.

La filosofía de Descartes se basaba en la duda metódica y los pasos eran:

- 1.- Intuición no admitir algo como verdadero algo sin tener evidencia.
- 2.- Análisis, dividir cada una de las dificultades como sea posible.
- 3.- Síntesis, conducir ordenadamente los pensamientos, empezando por lo más simple.
- 4.- Evaluación, hacer de todo enumeraciones para no omitir nada como en cadena.

EMPIRISMO

El Empirismo es la oposición al racionalismo (la razón y el pensamiento es la verdadera fuente del conocimiento) , en el Empirismo se dice que la única fuente del conocimiento es mediante experiencia, ya que el espíritu humano está por naturaleza vacío o en blanco y que por medio de la experiencia procedan los conceptos.

John Locke (1632- 1704){ pensador inglés , máximo representante de la doctrina filosófica del empirismo.

Nacido el 29 de agosto de 1632 en Wrington (Somerset) , estudio en la Universidad de Oxford, donde impartió clases de griego, retórica y filosofía moral desde 1661 hasta 1664. En 1667 inicio su relación con el político inglés Anthony Ashley y Cooper, primer conde de Shaftesbury, de quien fue amigo , consejero y medico. Shaftesbury consiguió para Locke

algunos cargos menores en el gobierno. En 1669, en el desempeño de una de sus funciones oficiales, , Locke redactó una constitución para los colonos de Carolina, en Norteamérica, que nunca llegó a ser aplicada. En 1675 después de que Shaftesbury hubiera perdido el favor de la corona, Locke se estableció en Francia. Regreso a Inglaterra en 1679 pero debido a su oposición a la iglesia católica que contaba con el apoyo de la monarquía inglesa en esa época, pronto tuvo que regresar al Continente. Desde 1683 hasta 1688 vivió en las provincias unidas y tras la llamada revolución gloriosa de 1688 y la restauración del protestantismo, regreso de nuevo a Inglaterra el nuevo rey Guillermo III DE Orange Lo nombro ministro de comercio en 1696, cargo del que dimitió en 1700 debido a una enfermedad. Falleció el 28 de octubre de 1704 en Oates .

El empirismo de Locke hizo hincapié en la importancia de la experiencia de los sentidos en la búsqueda del conocimiento en vez de la especulación intuitiva o la deducción . La doctrina empirista fue expuesta por primera vez por el filósofo y estadista Ingles Francis Bacon a principios del siglo XVII, PERO Locke le doto de una expresión sistemática en su ensayo sobre el entendimiento humano en 1690. Afirmaba que la mente de una persona en el momento del nacimiento es como una tabula rasa , una hoja en blanco sobre la que la experiencia imprime el conocimiento, y no creía en la intuición o teorías de las concepciones innatas. También mantenía que todos los individuos nacen buenos, independientes e iguales.

Empirismo, en filosofía Occidental, doctrina que afirma que todo conocimiento se basa en la experiencia, mientras que niega la posibilidad de ideas espontáneas o del pensamiento a priori . Hasta el siglo XX, el término empirismo se aplicaba a la idea defendida sobre todo por los filósofos ingleses de los siglos XVII, XVIII Y XIX . De estos filósofos ingleses, John Locke fue el primero en dotarlo de una expresión sistemática, aunque su compatriota , el filósofo Francis Bacon, había anticipado algunas de sus conclusiones.

Entre otros empiristas también se cuentan se cuentan David Hume el cual pensaba que nadie podía conocer nada ajeno a la experiencia e incluso hasta se basa en la percepción subjetiva de uno mismo, por lo que nunca proporciona un conocimiento autentico de la realidad; y George Berkeley su pensamiento era que la dificultad del conocimiento no se debe a la imperfección de las facultades humanas, si no al mal uso de ellas.

Opuesto al empirismo es el racionalismo, representado por pensadores como el francés Rene Descartes, el holandés Baruch Spinoza y los filósofos de los siglos XVII y XVIII Gottfried Wilhelm Leibniz y Christian Von Wolf. Los racionalistas afirman que la mente es capaz de reconocer la realidad mediante su capacidad para razonar, una facultad que existe independiente de la experiencia. El pensador alemán Kant intentó lograr un compromiso entre el empirismo y el racionalismo, restringiendo el conocimiento al terreno de la experiencia, a posteriori, y por ello coincidía con los empiristas, pero atribuía a la mente una función precisa al incorporar las sensaciones en la estructura de la experiencia. Esta estructura podía ser conocida a priori sin recurrir a métodos empíricos, y en este sentido Kant coincidía con los racionalistas.

INTELLECTUALISMO

El intelectualismo es la doctrina filosófica que sostiene la preeminencia del entendimiento sobre la sensibilidad y la voluntad.

Doctrina epistemológica que opina que el racionalismo y el empirismo intervienen en la formación del conocimiento.

El intelectualismo admite que existen juicios lógicamente necesarios y universalmente válidos que se establecen no solo sobre objetos ideales, también es admitido por los más calificados representantes del empirismo, el racionalismo estima que los elementos de tales juicios, los conceptos, son un patrimonio a priori de nuestra razón, el intelectualismo opina que proceden de la experiencia.

El intelectualismo opina que la conciencia lee en la experiencia, y de ahí su nombre derivado intelligere- intus legere leer en el interior por lo tanto nada existe en el entendimiento que no haya estado antes en el sentido.

APRIORISMO

Considera la experiencia y el pensamiento como fuentes del conocimiento definiendo la relación entre la experiencia y el pensamiento en un sentido directamente opuesto al intelectualismo. El apriorismo presenta elementos a priori, independientemente de la experiencia. Está era también la opinión del racionalismo. Pero mientras éste consideraba los factores a priori como contenidos, como conceptos perfectos, para el apriorismo estos factores son de naturaleza formal. No son contenidos, sino formas del conocimiento. Estas formas reciben su contenido de la experiencia y en esto el apriorismo se separa del racionalismo y se acerca al empirismo. Los factores a priori, semejan, en cierto sentido, recipientes vacíos, las intuiciones sin los conceptos están ciegas.

CORRIENTE EDUCATIVA

IDEALISMO

Idealismo teoría de la realidad y del conocimiento que atribuye un papel clave a la mente en la estructura del mundo percibido. A lo largo de la historia de la filosofía se pueden distinguir diferentes aplicaciones y definiciones.

En su forma más radical y, muchas veces rechazada, es equivalente al solipsismo, un punto de vista que afirma que la realidad se deriva de la actividad de la propia mente y que nada existe fuera de uno mismo. Sin embargo, de una forma habitual, el idealista reconoce por completo el mundo externo o natural, y evita afirmar que éste puede reducirse al mero hecho de pensar. Para los idealistas, por otro lado, la mente actúa y es, de hecho, capaz de hacer existir cosas que de otro modo no serían posibles como la ley, la religión, el arte o las matemáticas y sus afirmaciones son más radicales al afirmar que los objetos percibidos por una persona se ven afectados hasta cierto punto por la actividad mental; si un estudio sobre el mundo real pretende ser científico es básico tener en cuenta este hecho.

Platón, un remoto precursor del idealismo, postulaba la existencia de un universo de las ideas o formas que se reflejan de modo imperfecto como los diferentes objetos que se perciben en la experiencia común. Sostenía que estas formas o ideas no son sólo más inteligibles con claridad, sino también más reales que sus reflejos transitorios y en esencia ilusorios.

El clérigo y filósofo irlandés del siglo XVIII George Berkeley pensaba que todos los aspectos de aquello que una persona percibe son en realidad reducibles a las ideas presentes en su mente. El observador no hace que existan los objetos externos, sino que su idea cierta es introducida en la mente humana de modo directo por dios.

El filósofo alemán del siglo XVIII Kant perfeccionó con gran intensidad el idealismo a través de su análisis crítico sobre los límites del conocimiento asequible para el ser humano.

Kant sostenía que todo lo que se puede saber de las cosas es la forma en que se manifiesta su experiencia, no hay modo de averiguar lo que son en esencia en sí mismas. Sin embargo, también Gottlieb Fichte bien consideraba que los principios básicos de la ciencia se basa en la estructura de la mente más que en el mundo externo.

El filósofo alemán del siglo XIX Georg Wilhelm Friedrich Hegel consideraba incorrecta la teoría de Kant que presenta como inevitable la ignorancia humana sobre la verdadera naturaleza de las cosas. Hegel defendía la inteligibilidad última de todo lo que existe. También pensaba que todos los mayores logros del espíritu humano (la cultura, ciencia, religión y el estado) no son resultado de procesos mentales determinados por una vía natural, sino que son concebidos y mantenidos por la dialéctica, la actividad del intelecto libre y reflexivo. Otras variantes del pensamiento idealista pueden encontrarse en las obras de los alemanes del siglo XIX Johann Gottlieb y Friedrich Wilhelm Joseph Von Schelling, del inglés del siglo XIX Francis Herbert Bradley, de los estadounidenses del siglo XIX Charles Sanders Peirce y Josiah Royce y del filósofo italiano del siglo XX Benedetto Croce.

REALISMO

En la filosofía moderna, el término realismo se aplica a la doctrina que manifiesta que los objetos comunes percibidos por los sentidos, como mesas y sillas, tienen una existencia independiente del propio ser percibido. En este sentido, es contrario al idealismo de filósofos como George Berkeley o Kant. En su forma extrema, llamado a veces realismo ingenuo, se piensa que las cosas percibidas por los sentidos son en rigor lo que parecen ser.

En versiones más complejas a veces denominadas como realismo crítico, se da alguna explicación de la relación entre el objeto y el observador que tiene en cuenta la posibilidad de que tengan lugar ilusiones, alucinaciones y otros errores de la percepción.

En la filosofía medieval, el término realismo hacía referencia a una posición que consideraba las formas platónicas, o conceptos universales, como reales. Esta posición se llama ahora realismo platónico. En la filosofía de Platón, un nombre común, como cama, se refiere a la naturaleza ideal del objeto, sugerida por su definición, y esta naturaleza ideal tiene una existencia metafísica independiente de los objetos particulares de esta clase.

Así la circularidad existe aparte de los círculos particulares, la justicia, independientemente de los individuos o estados justos particulares, y la idea de la cama, independientemente de las camas particulares. En la edad media, esta posición fue defendida frente al nominalismo que negaba la existencia de tales universales. Los nominalistas afirmaban que los muchos objetos llamados por un único nombre no comparten nada sino sólo dicho nombre.

El término medio entre estas dos posiciones incluía el realismo moderado que afirmaba que los universales existen en los objetos del mismo tipo pero no independientes de ellos, y el conceptualismo, que mantenía que los universales podrían existir con independencia de los objetos de un tipo particular, pero sólo como una idea de la mente, no como una entidad metafísica que existe en sí misma.

CONCEPCIÓN FILOSÓFICA DE LA EDUCACIÓN

Durante el siglo V a. c., los sofistas griegos cuestionaron la posibilidad de que hubiera un conocimiento fiable y objetivo. Por ello, uno de los principales sofistas, Gorgias, afirmó que nada puede existir en realidad, que si algo existe no se puede conocer, y que si su conocimiento fuera posible, no se podría comunicar.

Platón, siguiendo a su ilustre maestro Sócrates, intentó contestar a los sofistas dando por sentado la existencia de un mundo de "formas" o "ideas", invariables e invisibles, sobre las que es posible adquirir un conocimiento exacto y certero.

En el famoso mito de la caverna, que aparece en uno de sus principales diálogos. La República, Platón mantenía que las cosas que uno ve y palpan son sombras, copias imperfectas de las formas puras que estudia la filosofía. Por consiguiente, sólo el razonamiento filosófico abstracto proporciona un conocimiento verdadero, mientras que la percepción facilita opiniones vagas e inconsistentes. Concluyó que la contemplación filosófica del mundo de las ideas es el fin más elevado de la existencia humana.

Aristóteles siguió a Platón al considerar que el conocimiento abstracto es superior a cualquier otro, pero discrepó en cuanto al método apropiado para alcanzarlo. Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia. El conocimiento se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica. La observación cuidadosa y la adhesión estricta a las reglas de la lógica, que por primera vez fueron expuestas de forma sistemática por Aristóteles, ayudarían a superar las trampas teóricas que los sofistas habían expuesto. Las escuelas del estoicismo y del epicureísmo coincidieron con Aristóteles en que el conocimiento nace de la percepción pero, al contrario que Aristóteles y Platón, mantenían que la filosofía debía ser considerada como una guía práctica para la vida y no como un fin en sí misma.

Después de varios siglos de declive del interés por el conocimiento racional y científico, santo Tomás de Aquino (máximo representante del escolasticismo) y otros filósofos de la edad media ayudaron a devolver la confianza en la razón y la experiencia, combinando los métodos racionales y la fe en un sistema unificado de creencias.

Tomás de Aquino coincidió con Aristóteles en considerar la percepción como punto de partida y la lógica como el procedimiento intelectual para llegar a un conocimiento fiable de la naturaleza, pero estimo que la fe en la autoridad de la Biblia era la principal fuente de la creencia religiosa.

TEORÍA.

Según (Black y Champión, 1976, p. 56.) "Una teoría es un conjunto de proposiciones relacionadas sistemáticamente que especifican relaciones causales entre variables.

Según (Blalock, 1985, p. 12.) "Las teorías no sólo consisten en esquemas o tipología conceptuales, sino que contienen proposiciones semejantes a leyes que interrelacionan dos o más conceptos o variables al mismo tiempo. Más aún, estas proposiciones deben estar interrelacionadas entre sí.

Según (Bandura, 1977 y 1978). Muchos esquemas conceptuales vienen acompañados de explicaciones adicionales que nos ayudan a comprender un fenómeno; tal es el caso del aprendizaje social y la agresión.

FUNCIONES DE LAS TEORÍAS.

1.-La función más importante de una teoría es explicar: decir por qué, cómo y cuándo ocurre un fenómeno.

Una teoría debe tener mayor o menor perspectiva. Hay teorías que abarcan diversas manifestaciones de un fenómeno. Hay otras que abarcan ciertas manifestaciones del fenómeno.

2.- Una segunda función consiste en sistematizar dar orden al conocimiento sobre un fenómeno o una realidad, conocimiento que en muchas ocasiones es disperso y no se encuentra organizado.

3.- Otra función es la predicción. Es decir, hacer inferencias a futuro sobre cómo se va a manifestar u ocurrir un fenómeno dadas ciertas condiciones.

Para la explicación y predicción de cualquier fenómeno o hecho de la realidad, se requiere la concurrencia de varias teorías, una para cada aspecto del hecho.

CRITERIOS PARA EVALUAR UNA TEORÍA:

- + Capacidad de descripción, explicación y predicción.
- + Consistencia lógica.
- + Perspectiva.
- + Fructificación (heurística).
- + Parsimonia.

1.- Capacidad de descripción, explicación y predicción.

Una teoría debe ser capaz de describir o explicar el (los) fenómenos a que se hace referencia. Describir implica varias cuestiones: definir el fenómeno, sus características y componentes, así como definir las condiciones y los contextos en que se presentan, las distintas maneras en que llega a manifestarse.

2.- Consistencia lógica.

Una teoría debe ser lógicamente consistente, es decir las proposiciones que la integran deberán estar interrelacionada

(no puede contener proposiciones sobre un fenómeno que no esté relacionado entre sí), ser mutuamente excluyente (no puede haber repetición o duplicación), ni caer en contradicciones internas o incoherencias.

3.- Perspectiva.

Se refiere al nivel de generalidad. Una teoría posee más perspectiva cuanto mayor cantidad de fenómenos explique y mayor número de aplicaciones admita.

4.- Fructificación.

Es la capacidad que tiene una teoría de generar nuevas ideas interrogantes y descubrimientos. Las teorías que originan, en mayor medida, la búsqueda de nuevos conocimientos son los que permitan que una ciencia avance. Este criterio es de interés para la perspectiva cualitativa.

5.- Parsimonia.

Una teoría parsimoniosa es una teoría simple, sencilla. Éste no es un requisito, sino una cualidad deseable de una teoría. Indudablemente las teorías que pueden explicar uno o varios fenómenos en unas cuantas proposiciones sin omitir ningún aspecto son más útiles que las que necesitan un gran número de proposiciones para ello.

TEORÍA EDUCATIVA:

Epistemología (del griego, episteme, "conocimiento"; logos, "teoría"), rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean a la denominada teoría del conocimiento. La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, de los criterios, de los tipos de conocimiento posible y del grado con el que cada uno resulta cierto; así como de la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido.

La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, de los criterios, de los tipos de conocimiento posible y del grado con el que cada uno resulta cierto; así como de la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido.

TEORÍAS DE LA EDUCACIÓN :

En el transcurso de las últimas décadas la motivación ha venido jugando un papel cada vez más importante en las teorías del aprendizaje y de la personalidad. Debido a que existen muchas teorías de las motivaciones cada una de las cuales requiere explicaciones, vamos a considerar solamente los conceptos más importantes de las teorías asociacionistas y cognoscitivas del aprendizaje de las teorías psicoanalíticas humanísticas y de la personalidad, las cuales se describirán a continuación.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

TEORÍA HUMANÍSTICA .

Para Maslow (1970) la motivación era de trascendental importancia en el estudio de la personalidad; aceptada la idea de que algún comportamiento humano fuera motivado por la satisfacción de las necesidades biológicas, pero rechazada enérgicamente la aseveración de que cualquier motivación humana pudiera explicarse en función de los conceptos de privación.

Así pues Maslow presentó una jerarquía de necesidades en orden jerárquico

- 1.- Fisiológicas.
- 2.- De seguridad
- 3.- De amor.
- 4.- Estimación .
- 5.- Autorrealización.
- 6.- Conocimiento.
- 7.- Necesidades estéticas.

Según Maslow la jerarquía de necesidades es importante pues normalmente tienen que satisfacerse en el orden indicado, es decir, que las necesidades fisiológicas tienen que satisfacerse antes de las necesidades de seguridad y las necesidades de seguridad antes de las de amor y pertinencia.

TEORÍA PSICOANALITICA.

La teoría psicoanalítica tiene su origen en Freud (1900). Hace énfasis en las primeras experiencias de la infancia como determinantes principales de la personalidad del individuo durante toda su vida. Otro concepto fundamental de las teorías freudianas es que los individuos no entienden por qué se comportan de determinada manera y además, en muchas ocasiones no son capaces de reconocer cuáles son los motivos verdaderos y fundamentos de represión que significa una acción mental por la cual se confían al inconsciente los motivos o los pensamientos como un medio de evitar la necesidad de manejarlos dentro de un nivel consciente. La teoría psicoanalítica también trata muchas otras materias de la personalidad, como el desarrollo del ego y de la habilidad de las personas para enfrentarse a conciencia con situaciones de la vida real.

2.2.- TEORIAS ETIOLÓGICAS.

TEORÍA GENETICA.

Patrik Lustman ha sugerido que una proporción considerable de pacientes diabéticos presentan cuadros depresivos previos al inicio de la diabetes, y que podría existir un origen común para ambos padecimientos, o ser la expresión fenotípica diferente de una serie de alteraciones genotípicas.

De la misma manera que se desconocen los genes que participan en la herencia de la diabetes aún no está claro cuáles son los genes que participan en la predisposición a la depresión, a pesar de que genes localizados en el cromosoma 11(en donde se localizan los genes de la tirosina hidroxilasa y de la insulina) habían despertado un gran entusiasmo al ser descritos en el grupo de judíos Maíz que padecían trastorno bipolar(enfermedad maniaco- depresiva). Por otra parte, los haplotipos HLA hasta ahora no parecen guardar relación con la transmisión genética de la depresión.

ALTERACIONES HORMONALES

Eje hipotálamo- hipofisario- tiroideo.

Desde 1864, Graves reconoció la presencia del síndrome depresivo en la forma más común de hipotiroidismo, el bocio endémico.

Se ha reconocido que una de las estrategias de manejo de las depresiones resistentes a tricíclicos es la adición de hormonas tiroideas. Las hormonas tiroideas, pueden precipitar manía en pacientes bipolares. El litio y la carbamazepina, agentes reguladores del afecto, alteran el eje hipotálamo hipofisario tiroideo, lo cual tiene una posible relación con su efecto terapéutico. Otros estudios han encontrado T4 y T4 libre aumentadas en la depresión mayor, sin cambios en T3 y T3.

Eje hipotálamo hipofisiario adrenal

Los cuadros de deficiencia o exceso de cortisol (Enfermedad de Addison y Síndrome de Cushing) producen frecuentemente alteraciones del estado afectivo (síndrome afectivo y maniaco) En la práctica psiquiátrica se ha encontrado útil la prueba de supresión de la dexametazona para el diagnóstico, evaluación de la respuesta al tratamiento y pronóstico de la depresión mayor. La ausencia de disminución de secreción de cortisol (persistencia de niveles superiores a los 5 mcg/dl) al administrar dexametazona se ha relacionado con el diagnóstico de depresión mayor, además de una buena respuesta al tratamiento farmacológico y la persistencia de esta alteración con la presencia de recaídas y pronóstico sombrío. La hipercortisolemia, que manifiesta frecuentemente el paciente depresivo, puede jugar un papel hiperglucémico al favorecer la resistencia al efecto de la insulina. La depresión puede entenderse también como el resultado de los efectos crónicos del estrés. Las respuestas hormonales del estrés están integradas por sustancias contrarreguladoras de los efectos de la insulina como epinefrina, cortisol y glucagon.

ALTERACIONES VASCULARES

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que promueve el desarrollo de aterosclerosis en la vasculatura cerebral y que se ha asociado con una mayor incidencia de enfermedad vascular cerebral.

Diversos autores han propuesto que en los pacientes con depresión de inicio tardío es común encontrar hiperintensidades periventriculares en la resonancia magnética nuclear. Robinsón y Cols han demostrado que infartos cerebrales en el hemisferio izquierdo, especialmente los que se localizan en el polo frontal, se acompañan frecuentemente de depresión mayor. Es posible que la enfermedad multinfarto incipiente, y los infartos en ganglios basales interfieran en puntos críticos con las vías de transmisión dopaminérgica y serotoninérgica.

El tratamiento de estos cuadros con fármacos antidepresivos se ha relacionado con una reducción de la mortalidad, rehabilitación menos retardada y mayores niveles de calidad de vida.

TENDENCIAS DE LAS TEORIAS DE ENFERMERIA

La tendencia naturalista: también denominada ecologista, se incluye en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

La tendencia de suplencia o ayuda: Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad , vejez , ancianidad), fomentando ambas, en menor o mayor grado, el autocuidado por parte del paciente.

La tendencia de interrelación: En este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roe, Martha Rogers y Levine. Todas estas clasificación de los modelos de enfermería.

MODELOS DE INTERACCIÓN.

Se basan en la teoría de la comunicación- interacción de las personas. Se basa en las relaciones entre las personas. El foco primario está en la persona como participante activo en el proceso de la salud. El énfasis en las percepciones de la persona debe ser el: Autoconcepto, y la habilidad para comunicar y desarrollar diferentes roles.

El principal objetivo del modelo es conseguir obtener logros determinados mediante la interacción recíproca. Destacan dentro de este modelo las teorías Orlando (1961), Riel (1980), Kim (1981).

MODELOS EVOLUCIONISTAS.

Se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de enfermería.

Son útiles en cualquier campo de la enfermería relacionado con la edad. Tratan de enfatizar el crecimiento, el desarrollo y la maduración de la persona. El foco de atención primario es el cambio de conducta de la persona en dirección particular y fijada. Dicho cambio puede predecirse y ocurre en unas determinadas fases o etapas. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo. Destacan las siguientes teorías: Thibodeau (1983), Peplau (1952).

2.3.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Dra. Martha Híjar, Investigadora titular B, Centro de Investigación en Salud.

Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

Los centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos de América, en Atlanta, dio a conocer los resultados del primer estudio que muestra la prevalencia de la Diabetes Mellitus entre los hispanos que residen en los Estados Unidos y Puerto Rico. En esta población, 6% de los adultos ha sido diagnosticado con diabetes Mellitus. Esto representa una tasa dos veces lo equivalente a la registrada entre la población anglosajona.

Esta información respalda la importancia de una iniciativa federal del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de EUA, que propone eliminar, para el año 2010, las disparidades que en términos de salud viven entre las minorías étnicas y la población anglosajona; la iniciativa contempla el tratamiento de seis problemas prioritarios, incluyendo entre éstos a la diabetes. Los CDC enfatizan la relevancia de dirigir mayores esfuerzos hacia las poblaciones mayormente afectadas como son los de origen hispano.

Estudios previos realizados sólo con población México-americana notificaron que aproximadamente uno de cada diez individuos, mayor de 19 años, padecía esta enfermedad.

Doctor Israel Lerman, internista y endocrinólogo del Instituto Nacional de la Nutrición Salvado Zubirán, "una de cada tres personas con diabetes no sabe que tiene la enfermedad". Nilka Ríos Burrows, 2.3% ha sido diagnosticado con diabetes; este porcentaje se incrementa 12% en el intervalo de los 45-65 años y alcanza 21.4%, entre los individuos mayores de 64 años. La distribución geográfica de la prevalencia muestra que entre los hispanos del oeste y sudoeste esta última es mayor a la de los hispanos residentes en otras regiones de ese país. Este trabajo muestra que 6% de toda la población de hispanos ha sido diagnosticado con diabetes, aunque se estima que la proporción real pueda ser el doble.

Por otro lado, en comparación, en México, de acuerdo con el editor del libro *A tensión integral del paciente* autora del informe de los CDC, considera que es impostergable para la población hispana que esté debidamente informada sobre la probabilidad de tener diabetes y, al mismo tiempo, que debe conocer cómo prevenir complicaciones de la enfermedad.

El médico mexicano referido publicó, en español, **aprender a vivir con Diabetes**, libro en el que establece una guía práctica para informar a la población general sobre la diabetes, cómo controlarla y prevenir sus complicaciones a nivel individual y familiar, y, así, mejorar la calidad de vida.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1992 se estima que la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II es de 8.2 en la población de entre 20 y 69 años de edad, lo que representa un incremento importante en relación con encuestas anteriores. Se estimaba una prevalencia menor a 6%.

No cabe duda que aún, tomando en cuenta el avance tecnológico que ha permitido un mayor registro de la incidencia de esta enfermedad sigue en aumento.

Dra. Rosa María Núñez Jefe del Departamento de Sociedad, Familia y Salud. Centro de Investigación Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

La Diabetes entre la población hispana en Estados Unidos de América
Hispano: Hispanic, se denomina a la población que vive en EUA y que es de origen o con raíces latinoamericanas, es decir, en su mayoría es mestiza White American, se tradujo como "población anglosajona".

La LIX Reunión Anual de la Asociación de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) tuvo, como aspecto relevante, la presentación de avances significativos en la investigación y en el conocimiento sobre los mecanismos de transporte de glucosa, el papel de la insulina en el control metabólico, el desarrollo de nuevos marcadores de riesgo cardiovascular, como la homocisteína, y el papel de los proliferadores de peroxisomas activados por el receptor (PPAR) en la diabetes. Además, se informó del desarrollo de las tiazolidenedionas, un nuevo grupo de medicamentos que reducen la insulino-resistencia presente en el diabético tipo II, por medio de la activación de receptores nucleares, lo que constituye, sin lugar a dudas, uno de los avances más significativos en el tratamiento de esta enfermedad, tanto que algunos investigadores lo equiparan con el descubrimiento de la penicilina.

Esta importante reunión, realizada en San Diego, California, Estados Unidos de América, del 19 al 22 de julio del presente año, nos permitió considerar que a pesar de la gravedad de la morbilidad y la mortalidad producidas por enfermedad y sus complicaciones, el panorama médico, clínico y de investigación es optimista, ya que nunca antes se habían destinado.

Reunión Anual de la Asociación Americana de Diabetes. San Diego, Californianos tantos fondos a la investigación de tratamientos para este padecimiento.

En su último informe el grupo de trabajo para la investigación en diabetes, comisionado por el congreso de los Estados Unidos de América, ha recomendado una inversión de 6 320 millones de dólares a los institutos nacionales de salud (NIH) para la indagación científica de esta enfermedad, en los próximos cinco años.

Al foro asistieron alrededor de 7 000 especialistas, investigadores y médicos, de las cuales 42% eran provenientes de otros países.

Dr. Simón Barquera, Investigador asociado, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

2.4.- CONCLUSIÓN SOBRE TEORÍAS DEL TEMA

Las teorías sobre el tema de investigación son la principal base para conocer las diferentes etiologías agregadas a la diabetes Mellitus.

Además son de gran importancia conocer diferentes teóricas así como la forma como se fueron vinculando unas con otras para mejorar la calidad de vida del paciente.

CAPITULO III

3.0.-METODOLOGÍA:

MÉTODO.

Ha sido definido como el camino que conduce a una meta, a un fin, considerando que el vocablo proviene de las voces griegas: metha, que significa hacia, mas allá, y odos, que es el camino.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS:

Los cuatro métodos lógicos generales son:

Analítico.

Sintético.

Deductivo.

Inductivo.

La necesidad e importancia, tanto en la actividad científica en general como en las actividades académicas, se comprende la importancia y necesidad de la metodología.

La investigación científica en cualquier área de estudio, implica un proceder metódico, pues solo así el producto que se obtenga será válido.

Etimológicamente metodología significa ciencia del método. Ha sido definida como la disciplina que se ocupa del estudio crítico de los procedimientos que permiten llegar al conocimiento de la verdad objetiva en el campo de la investigación científica.

OBJETIVO DE LA METODOLOGÍA:

Que el investigador adquiera elementos de las metodologías científicas y habilidades para el manejo de las mismas que son empleados en las grandes áreas disciplinarias.

En la presente investigación se utilizó el método deductivo ya que partieron de conocimientos del ámbito general a un conocimiento más particular.

3.1.-ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento tales como el empirismo, la fenomenología. Sin embargo desde la mitad del siglo xx tales corrientes se han polarizado en dos enfoques principales:

Enfoque cuantitativo.- A lo largo de la ciencia han surgido diversas corrientes sin embargo y debido a las diferentes premisas que las sustentan desde la segunda mitad del siglo XIX tales corrientes se han polarizado en dos enfoques principales.

Enfoque cualitativo.- Se ha utilizado para descubrir y refinar preguntas de investigación con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica como las descripciones y observaciones.

Los dos enfoques utilizan cinco fases similares y relacionados entre si:

- 1.-Llevar a cabo la observación y evaluación de los fenómenos.
- 2.-Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluaciones realizadas.
- 3.-Prueban y demuestran el logro en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- 4.-Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas y del análisis.
- 5.-Proponer nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar o fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras.

ENFOQUE CUALITATIVO.

Este enfoque por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces pero no necesariamente se prueban hipótesis con frecuencia se basan en métodos de recolección de datos sin numeración numérica, como las descripciones y las observaciones por lo regular las preguntas e hipótesis surge como, parte del proceso de investigación y este es flexible, y se mueve entre los cuentos y sus interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en construir la realidad, tal y como, lo observan los actores de un sistema social previamente definido.

CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE CUALITATIVO:

Las investigaciones cualitativas también son guiadas por áreas o temas significativos de investigación.

A la recolección de análisis de datos, pueden desarrollar preguntas o hipótesis, antes, durante o después de la recolección y análisis.

Con frecuencia estas actividades sirven, primero para descubrir cuales son las preguntas de investigación mas importantes, después para refinarlas y probar hipótesis.

El proceso se mueve dinámicamente entre los hechos y su interpretación en ambos sentidos.

Su alcance final es comprender un fenómeno social complejo.

El énfasis no está en medir las variables involucradas en dicho fenómeno sino en entenderlo.

ENFOQUE CUANTITATIVO.

Utiliza la recolección de datos y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE CUANTITATIVO:

Regularmente elige una idea que transforma una o varias preguntas de investigación relevantes; luego de estas deriva la hipótesis y variables; desarrolla un plan para probarlas, mide las variables de un determinado contexto; analiza las mediciones obtenidas y con frecuencia utilizando métodos estadísticos, y establece una serie de conclusiones al respecto de las hipótesis.

Para general conocimiento cuantitativo se fundamenta en el método hipotético deductivo considerando las siguientes premisas:

- 1.-Delineamos teorías y de ellas derivamos hipótesis.
- 2.-Las hipótesis se someten a prueba utilizando los diseños de investigación apropiados.
- 3.-Si los resultados corroboran las hipótesis o sean conscientes con estas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones e hipótesis.

Cuando los resultados de diversas investigaciones acotan evidencia a favor de las hipótesis, se genera confianza en la teoría que la suspenda o apoya. Si no es así, se descarta la hipótesis y eventualmente la teoría.

Además de las investigaciones cuantitativas señalan que no se desechan la realidad subjetiva ni las experiencias individuales, asimismo hay dos realidades: la primera consiste en creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas y la objetiva e independiente de las creencias que tengamos hacia ella.

La realidad objetiva es necesaria conocerla o tener la mayor cantidad de información sobre ella. La realidad del fenómeno existe, y si a los eventos que nos rodean los conocemos a través de sus manifestaciones.

Para entender nuestra realidad el porque de las cosas, hay que registrar y analizar dichos eventos que nos rodean los conocemos a través de sus manifestaciones.

Para entender nuestra realidad el porque de las cosas, hay que registrar y analizar dichos eventos.

Desde luego, para este enfoque, lo subjetivo existe y posee un valor para los investigadores. Pero de alguna manera se aboca a demostrar que también se adecua a la realidad objetiva. Cuando los investigadores creíbles establezcan que la realidad objetiva es diferente de nuestras creencias estas deben modificarse o adaptarse a la primera.

Para este enfoque, la forma confiable para conocer la realidad es a través de la recolección y el análisis de datos de acuerdo a ciertas reglas lógicas. Así estas se siguen cuidadosamente y los datos generados poseen los estándares de validez, es decir la posibilidad de ser refutada o de duplicarse con la finalidad de seguir construyendo conocimiento.

Por lo común en los estudios cuantitativos se establecen a una o varias hipótesis se diseña un plan para someterlas a prueba, se miden los conceptos incluidos en la hipótesis, las variables y se transforman las mediciones en valores numéricos (datos cuantificables), para analizarse posteriormente con técnicas estadísticas, y extender los resultados a un universo más amplio, o para consolidar las creencias.

Tales estudios llevan la esencia en su título cuantificar y aportar evidencias de una teoría que se tiene para explicar algo; la teoría mantiene hasta que se refute o se alcance una mejor explicación. Un estudio se basa en otro. Los estudios cuantitativos se asocian con los experimentos, las encuestas con preguntas cerradas, a los estudios que emplean instrumentos de medición estandarizados. Además se invita a seguir investigando y mejorar el conocimiento poniendo a disposición de otros investigadores todo el método y procedimientos.

DIFERENCIAS QUE POSEEN VARIOS ENFOQUES:

Cualitativo: busca dispersión o expansión de los datos o información.

Cuantitativo: pretende intencionalmente acortar la información.

En la presente investigación se utilizó el enfoque de investigación cuantitativo porque se basó en recolectar datos, analizarlos y dar una probable explicación a la hipótesis ya establecida.

3.2.-TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

EXPLORATORIO:

El propósito de esta investigación es comenzar una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de variables. Se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Por lo general se aplica a problemas de investigación nuevos y pocos conocidos, y constituye el preámbulo de otros diseños (no experimentales y experimentales). Son muy utilizados dentro del enfoque cualitativo para lo que a denominado "inmersión inicial de campo". (Hernández,).

DESCRIPTIVO:

Este tipo de investigación se efectúa con la descripción de los fenómenos con base en el contacto directo o indirecto que se tiene con ellos (observaciones, experimentos, experiencias) la descripción de los hechos, como operación elemental que se hará con ellas se reduce a su numeración a cierta agrupación de sus correcciones con los conceptos científicos.

Los diseños transaccionales descriptivos tienen por objetividad indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables (cualitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento un contexto, fenómenos, en una variable o concepto y proporcionar su descripción.

A lo largo de la investigación el procedimiento que se está realizando es de una investigación tipo exploratoria y descriptiva.

EXPLORATORIA: por el hecho de que la investigación el primer paso que se realizó fue explorar lo que se iba a estudiar mas adelante tomando en cuenta que es el primer paso que se lleva a cabo.

EXPERIMENTAL :el lugar donde se desarrolla y posteriormente se comienza a medir a través de variables.

DESCRIPTIVO. Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.(Sampieri, 2002).

En la presente investigación el estudio es de tipo descriptivo, porque se estudio a un grupo de personas que se sometieron a un análisis para encontrar una posible respuesta al problema estudiado.

3.3.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Un diseño de investigación tiene dos objetivos principales (Kerlinger ,1965).

Proporcionar respuestas para preguntas planteadas para la investigación.

Controlar la varianza / aspectos técnicos que requieren una aplicación.

DISEÑO EXPERIMENTAL.

La finalidad primordial del diseño es permitir al investigador obtener respuestas para las preguntas suscitadas por la investigación. Así pues es menester que los resultados obtenidos mediante el diseño sea de una forma que permita tener interferencias claras sobre el motivo que provocó la realización. Los problemas que se resuelven mediante la investigación experimental se presentan siempre con la forma de hipótesis.

Una vez formulado el problema de la investigación en términos de hipótesis, el diseño proporcionara el modo en que se debe proceder para verificar si la hipótesis o las hipótesis se comprobaran o no cuando se someten a una prueba empírica.

Hay que diseñar el experimento de tal forma que los efectos de las variables independientes se pueden evaluar de manera equivocada. Consecuentemente corresponde al investigador escoge un diseño experimental en el que el efecto de la variable independiente sea el mas puro y el mas fuerte posible. Los efectos de las variables extrañas se han controlado, se minimizar los efectos de la variable aleatoria que constituyen el componente de error.

El término experimento tiene dos aceptaciones, una general y otra particular. La general se refiere a tomar una acción y después observar las consecuencias, (Babbie,2001).

La aceptación particular se refiere a un estudio en el que se manipula intencionalmente una o más variables, para analizar las consecuencias de la manipulación, tiene sobre una o más variables dependientes, dentro de una situación de control para el investigador.

DISEÑO NO EXPERIMENTAL.

Es aquella investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables.

Es decir que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o trayamientos. (Kerlingere,2002). De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudio. Los sujetos se observan en su ambiente natural.

En un estudio experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En este tipo de investigación las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas; el investigador no tiene control directo sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

En su estudio experimental los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por auto selección. Así mismo es una investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia, y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

Es por ello que durante la presente investigación se realizará un diseño no experimental ya que el tema central nos habla de un hecho ya pasado que se analizara para poder encontrar una posible solución. Teniendo en cuenta que no se han de manipular las variables, ya que estas siempre existieron y nuestro objetivo es observar como ocurrió el fenómeno.

3.4.- UNIDADES DE ANÁLISIS.

Las unidades de análisis constituyen segmentos de el contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías (Kerlinger, 2002). Menciona unidades de análisis.

1.- La palabra: es la unidad mas simple, Puede haber unidades de análisis mas pequeñas como letras, fonemas, símbolos. A si se puede medir cuantas veces aparece la palabra en el mensaje.

2.- El tema: se define a menudo como una oración, es decir, un enunciado respecto a algo. Los temas suelen ser mas o menos generales, (Kerlinger, 2002).

3.-En El ítem: Es la unidad de análisis mas utilizada y pude definirse como la unidad total empleada por los productores del material simbólico, (Berelson, 1971). En este caso lo que analiza es el material simbólico total.

4.- Medidas de espacio –tiempo: Son unidades físicas con el centímetro columna, línea, minuto, periodo de 20 minutos. Respecto de cómo se debe seleccionar a la unidad de análisis todo depende de los objetivos y las preguntas de investigación, pero sugiere el siguiente, (Berelson, 1971).

Un solo estudio es posible utilizar más de una unidad de análisis.

1.- Los cálculos de palabras y las unidades amplias, como el ítem y las medidas de espacio tiempo, son más adecuadas en los análisis que ponen énfasis en asuntos definidos.

2.- Las unidades amplias y las más definidas son válidas para la aceptación o el rechazo de una categoría

3.- Las unidades amplias generalmente requieren de menos tiempo para su codificación que las unidades pequeñas, referidas a las mismas categorías y materiales.

Los pasos para seguir el contenido de las unidades de análisis son los siguientes :

- 1.- Definir con precisión el universo y extraer una muestra representativa.
- 2.- Establecer y definir las unidades de análisis.
- 3.- Establecer y definir las categorías.
- 4.- Seleccionar los codificadores.
- 5.- Elaborar las hojas de codificación.
- 6.- Proporcionar entrenamiento de codificadores.
- 7.- Calcular la confiabilidad de los codificadores quienes están orientados conductualmente.
- 8.- Efectuar la codificación.
- 9.- Realizar los análisis estadísticos realizados.

En la presenta investigación las unidades de análisis son médicos, enfermeras y pacientes; siendo la unidad de análisis principal las pacientes del sexo femenino ya que esta patología se presenta con mas frecuencia en la población y con mayor índice en este sexo.

MUESTRA

Parte de la población que contiene teóricamente las mismas características que desean estudiar en la población respectiva.

Muestra (enfoque cuantitativo) subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población.

Para que se puedan obtener conclusiones fiables para la población a partir de la muestra , es importante tanto su tamaño como el modo en que han sido seleccionados los individuos que la componen

El tamaño de la muestra depende de la precisión que se quiera conseguir en la estimación que se realice a partir de ella .

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

La observación consiste en el registro sistemático válido y confiable de comportamiento o conducta. Puede utilizarse un instrumento de medición en muy diversas circunstancias. Haynes (1978) menciona que es el método más usado por.

ENTREVISTA.

En la investigación de campo para la recopilación de información pueden utilizarse las entrevistas, los cuestionarios el muestreo entre otros.

La entrevista es una de las técnicas más usuales en ciencias sociales. Se define como la relación que se establece entre el investigador y los sujetos de estudio, puede ser individual, libre o dirigida.

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

- 1.- Obtener información sobre el objeto de estudio
- 2.- Describir con objetividad situaciones o fenómenos
- 3.- Interpretar hallazgos
- 4.- Plantear soluciones

Los pasos de la entrevista son:

Planeación, ejecución, control y cierre.

Planeación de la entrevista.

- 1.- Elaborar la guía.
- 2.- Plantear las citas con los entrevistados, mostrando respeto por el tiempo del mismo.
- 3.- Determinar los recursos humanos, tiempo y presupuesto necesario.
- 4.- Definir de manera clara los propósitos de la misma.

La observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiestos. Pueden utilizarse como instrumentos de medición en muy diversas circunstancias.

CUESTIONARIO

Los cuestionarios están formados además de preguntas y categorías de respuestas, un cuestionario esta formado por instrucciones que nos indican como contestar.

El tamaño del cuestionario si es muy corto se pierde información y si es muy largo resulta muy tedioso. No se deben hacer preguntas innecesarias.

CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN TENER LAS PREGUNTAS.

- 1.- Las preguntas tienen que ser claras y comprensibles para los que responden.
- 2.- Las preguntas no deben incomodar al entrevistado
- 3.- Las preguntas deben referirse a un solo aspecto
- 4.- Las preguntas no deben inducir las respuestas
- 5.- Las preguntas no deben apoyarse en instituciones, ideas, responsabilidad social ni en evidencia comprobada.

El contexto donde puede administrarse o aplicar un cuestionario es:

- 1.- Autoadministrativo
- 2.- Entrevista personal
- 3.- Entrevista telefónica
- 4.- Autoadministrado y enviado por correo postal, electrónico y servicios de mensajería.

Se utilizan diferentes herramientas para recoger la información

- 1.- Grabación de audio y video
- 2.- Apuntes en libreta
- 3.- Fotografías

VENTAJAS DEL CUESTIONARIO.

- 1.- Alcanza un mayor número de entrevistados.
- 2.- Permite guardar el anonimato.
- 3.- Elimina la presencia del entrevistador que a veces resulta molesta para el respondente.
- 4.- Deja en absoluta libertad de expresión permitiendo al informante consultar datos si lo requiere el instrumento.
- 5.- Puede ser contestado al mismo tiempo por todos los interrogados.

En la presente investigación se trabajo con el instrumento principal que es el cuestionario de 32 preguntas ya que fue el mas factible para reunir la información requerida para el investigador así como a las pacientes.

Se describe a continuación la formula para obtener los datos necesarios para llevar a cabo la investigación .

$$Z = \text{Nivel de confianza} = 97\% = 2.17$$

$$e = \text{Error} = .3$$

$$p = \text{Constante de probabilidad a favor} = .5$$

$$q = \text{Constante de probabilidad en contra} = .5$$

$$N = \text{Numero total de universo} = 50$$

$$n = \text{Tamaño de la muestra} ?$$

$$n = \frac{(2.17)^2 (.5)}{1 + \frac{(2.17)^2 (.5)}{50} - 1}$$

$$(4.7089) (.5) = 2.35445 = 58.86125$$

$$-(0.09) (.5) = 0.04$$

$$n = 1 + 0.02 (58.86125 - 1)$$

$$n = 58.86125$$

$$1 + 0.02 (57.86125)$$

$$n = 58.86125$$

$$1 + 1.157225$$

$$n = 58.86125$$

$$2.157225$$

$$n = 27.$$

CAPITULO IV

4.0.- RESULTADOS

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

1.- De la pregunta numero 1 los porcentajes son :

a).- 18.5 % b).- 55.5 % c).- 25.9 %

2.- De la pregunta numero 2 los porcentajes obtenidos son:

a).- 18.5 % b).- 66.6 % c).- 14.8 %

3.- De la pregunta numero 3 los porcentajes obtenidos son:

a).- 14.8 % b).- 74 % c).- 11.1 %

4.- De la pregunta numero 4 los porcentajes obtenidos son:

a).- 0% b).- 99.9 % c).- 0%

5.- De la pregunta numero 5 los porcentajes obtenidos son:

a).- 37 % b).- 55.5 % c).- 7.4 %

6.- De la pregunta numero 6 los resultados obtenidos son:

a).- 0 % b).- 74 % c).- 25.9 %

7.- De la pregunta numero 7 los resultados obtenidos son:

a).-14.8 % b).- 48.1 % c).- 37 %

8.- De la pregunta numero 8 los resultados obtenidos son:

a).- 0 % b).- 25.9 % c).- 74 %

9.- De la pregunta numero 9 los resultados obtenidos son:

a).- 20.4 % b).- 24 % c).- 55.5 %

10.- De la pregunta numero 10 los resultados obtenidos son:

a).- 0 % b).- 0% c).- 99.9 %

11.- De la pregunta numero 11 los resultados obtenidos son:

a).- 0 % b).- 78.5 % c).- 21.5 %

12.- De la pregunta numero 12 los resultados obtenidos son:

a).- 0% b).- 58.5 c).- 41.5 %

13.- De la pregunta numero 13 los resultados obtenidos son:

a).- 11.1 b).- 14.8 % c).- 74 %

14.- De la pregunta numero 14 los resultados obtenidos son:

a).- 43.7 % b).- 0% c).- 56.3 %

15.- De la pregunta numero 15 los resultados obtenidos son:

a).- 27.8 % b).- 37 % c).- 35.2 %

16.- De la pregunta numero 16 los resultados obtenidos son:

a).- 0 % b).- 99.9 % c).- 0 %

17.- De la pregunta numero 17 los resultados obtenidos son:

a).- 99.9 %

b).- 0 %

c).- 0 %

18.- De la pregunta numero 18 los resultados obtenidos son:

a).- 55.5 %

b).- 37 %

c).- 7.4 %

19.- De la pregunta numero 19 los resultados obtenidos son:

a).- 25.9 %

b).- 74 %

c).- 0 %

20.- De la pregunta numero 20 los resultados obtenidos son:

a).- 9.3 %

b).- 67.4 %

c).- 23.3 %

21.- De la pregunta numero 21 los resultados obtenidos son:

a).- 18.5 %

b).- 18.5 %

c).- 62.9 %

22.- De la pregunta numero 22 los resultados obtenidos son:

a).- 0%

b).- 0 %

c).- 99.9 %

4.2.- INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

1.- Del 100 % del cuestionario aplicado en la pregunta # 1 ¿En el lugar donde usted vive le han informado que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico degenerativa?. El 18.5% consideran que si les han informado lo que es esta patología, el 55.5% considera que no le han informado nada en lo absoluto, el 25.9% dice que lo ignora. Esto da como resultado que la población carece de información acerca de esta patología.

2.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 2. A usted le han realizado alguna prueba para detectar la Diabetes Mellitus. El 18. 5% considera que si le han realizado prueba para detectar la Diabetes Mellitus , el 66.6% refiere que no le han practicado alguna prueba para saber si tiene Diabetes Mellitus, el 14.8% ignora esto por completo. Los resultados muestran que la mayoría de la población no sabe el como, ni cuando acudir para que se le realice prueba para detectar la Diabetes Mellitus.

3.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 3. Le han informado como se puede controlar la Diabetes Mellitus. El 14.8% contesto que si le han informado como se controla la Diabetes Mellitus, el 74% refirió que no le han informado como realizar el control de la Diabetes Mellitus, el 11.1% ignora totalmente como controlar la Diabetes Mellitus. Los resultados obtenidos muestran que gran parte de las personas encuestadas no han recibido información para el control de la Diabetes Mellitus.

4.- Del 100% de cuestionario aplicado a las pacientes en la pregunta # 4 ¿Sabe distinguir cuales son los factores que influyen para desarrollar la Diabetes Mellitas. El 0% no contesto nada, el 99.9% refirió no saber cuales son los factores que influyen para desarrollar la Diabetes Mellitus , el 0% lo ignoro por completo. Los resultados obtenidos muestran que gran parte de la población no recibe atención y por ende no sabe cuales son los factores que influyen en esta patología.

5.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 5 ¿ Cuando esta usted en alguna institución de salud le proporcionan información acerca de su enfermedad. El 37% acepta que si se le proporciona información acerca de su enfermedad, el 55.5 % refirió no recibir información acerca de su enfermedad, el 74.4% refiere ignorar esto por completo. Como resultado obtenido se observa actualmente que no se le da prioridad a la población para informarle con detalle lo que puede ocasionarle su patología.

6.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 6. Sabe usted los síntomas que se presentan para saber que usted tiene Diabetes Mellitus. El 0% no contesto nada, el 74% contesto que no sabe cuales son los síntomas y el 25.9% refiere ignorarlo por completo, como resultado del cuestionario muestra que en realidad se carece de información y por consecuencia no saben cuales son los síntomas de la Diabetes Mellitus.

7.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 7. Sabía que su enfermedad se puede complicar si no se atiende a tiempo , el 14.8% contesto si saberlo, el 48.1% refirió no saber que su enfermedad se puede complicar, el 37 % refirió ignorarlo por completo, los resultados muestran que la mayoría no están enterados que el no atenderse pronto puede dar como resultado una patología sobre agregada.

8.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 8 ¿ Conoce la dieta que debe consumir de acuerdo a su enfermedad ?, el 0% no contesto nada , el 25.9% contesto que no conoce que dieta debe ingerir, el 74% lo ignora por completo . Como resultado da que la mayoría de la población ignora que dieta debe consumir si padece alguna patología .

9.- Del 10% del cuestionario aplicado en la pregunta # 9 ¿Sabe usted que debe realizar ejercicio y llevar una dieta rigurosa ? , el 20.4% contesto que si sabe que debe realizar ejercicio y llevar una dieta rigurosa , el 24% dice que no sabe y el 55.5% refirió ignorar por completo que debe realizar ejercicio y llevar una dieta rigurosa.

10.- Del 100% del cuestionario en la pregunta # 10 . Existe alguna persona que lo oriente acerca de su enfermedad y como controlarla. El 0% no contesto, el 0% no contesto nada, el 99.9% refirió ignorar si existen personas que lo conduzcan para prevenir esta enfermedad y como controlarla.

11.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 11 ¿ Conoce que la Diabetes Mellitus es una enfermedad peligrosa porque podría llegar a una insuficiencia renal e hipertensión arterial , el 0% no contesto nada , el 78.5% refirió no conocer lo que provoca la Diabetes Mellitus, el 21.5% ignora por completo que la Diabetes Mellitus es peligrosa, como resultado se manifiesta que la Diabetes Mellitus no se conoce por la mayoría de la población ni lo que puede ocasionar.

12.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta #12 . Sabia usted que gran parte de los Mexicanos padecen Diabetes Mellitus y no lo saben , el 0% no contesto, el 58.5% refiere no saber que las cifras en estadísticas acerca de esta patología son altas , el 41.5 ignora esto por completo. Como resultado da que la mayoría de la población carece de información .

13.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 13. Esta usted enterada que esta enfermedad es causa de que se realicen amputaciones de extremidades pélvicas, el 11.1% contesto que si están enteradas, el 14.8% refieren no estar enteradas, el 74% contesto ignorar lo que le preguntaron . Como resultado de lo aplicado se muestra que gran porcentaje de la población ignora esta información.

14.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta #14, cree que es necesario realizar estudios de laboratorio para saber si tiene Diabetes Mellitus , el 43.7% refiere que si es necesario realizar estudios de laboratorio, el 0% no contesto nada ,el 56.3% refiere ignorar que se debe realizar estudios de laboratorio, como resultado de este cuestionario indica que la población ignora que no es necesario realizar prueba de laboratorio.

15.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 15, sabia que su enfermedad puede controlarse con medicamentos y un plan de ejercicio y dieta. El 27.8% contesto si saber lo que le preguntaron, el 37% no conoce lo que le preguntaron, el 35.2% refiere ignorar lo preguntado. Como resultado da que el mayor porcentaje ignora esto.

16.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 16 , le gusta a usted llenar una dieta balanceada. El 0% no contesto nada , el 99.9% refiere que no le agrada llevar una dieta balanceada, el 0% refiere ignorarlo . Esto da como resultado que no se ha proporcionado buena información a la población.

17.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 17, ¿ Le gustaría cuidar su salud acudiendo a alguna clínica ante cualquier alteración de su organismo, el 99.9% contesto que si le gustaría acudir a algún centro ante cualquier alteración de su organismo, esto da como resultado que si les interesa su salud.

18.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 18. Al acudir a cualquier centro de salud el medico le atiende y le explica los cuidados que debe tener, el 55.5% contesto que si , el 37% refirió que no se les proporciona esta información , el 7.4% refiere ignorar esto por completo. Los resultados muestran que si se les proporciona esta información.

19.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta #19; Asiste a consulta como se lo indica su medico?, el 25.9% refiere si asistir a consulta cuando se lo indica su medico, el 74% contesto no asistir a consulta. Esto da como resultado que la mayoría de la población no asiste a consulta por motivos propios.

20.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 20 ¿Conoce los programas para la prevención para la salud ?, el 9.3% contesto que si los conoce, el 67.4% refiere no conocer los programas para prevenir la salud, el 23.3% refiere ignorarlo que se le pregunto.

21.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 21 ¿ Cree usted que una mujer embarazada pueda tener Diabetes Mellitus ?, el 18.5% contesto que si cree esto, el 18.5% no cree que esto pueda suceder, el 62.9% ignora esto por completo.

Como resultado se muestra que la mayoría de la población ignora que una mujer embarazada pueda tener Diabetes Mellitus.

22.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 22 ¿ Sabia usted que una persona puede llegar a presentar pie diabético?, el 99.9% contesto que lo ignora , como resultado indica que gran parte de la población no conoce lo que pudiera ocasionarle la Diabetes Mellitus.

23.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 23, ¿ Conoce usted los cuidados que se le proporcionaran a una persona con pie diabético? , el 66.6% contesto que no, el 33.3 refiere ignorarlo por completo. Como resultado se muestra que carecen de información.

24.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 24 ¿ Cuando alguien le proporciona información sobre Diabetes Mellitus le pone atención o no? , el 25.9% refiere que si pone atención, el 74% contesto que pone atención , esto da como resultado que a la población se le debe de motivar para que tomen conciencia de lo que se les dice.

25.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 25 ¿ Cree que es importante conocer más acerca de la Diabetes Mellitus? , el 85.5% contesto que si es importante, el 14.5% refiere ignorarlo. Como resultado se muestra que si es alarmante y es importante conocer mas acerca de esta patología.

26.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 26, se ha presentado en su familia este tipo de enfermedad. El 77% contesto que si se ha presentado este caso en su familia, el 23% refiere ignorarlo, como resultado se muestra que esta enfermedad esta atacando a la mayoría de la población.

27.- Del 100% del cuestionario aplicado en la pregunta # 27, ¿Ha asistido a escuchar programas sobre Diabetes Mellitus? , el 99.9% contesto que no ha asistido, como resultado del cuestionario muestra que la población carece de información.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Secretaría de salud, Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas. México:
Secretaría de salud 1993,.
- 2.- American Diabetes Association. Screening for diabetes. Diabetes care 1997,
20 (supl 1): s 22 – s 23 .
- 3.- Zorrilla Arena Santiago INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.
México. D.F. 1996.
Editorial Aguilar león.
P.p. 372.
- 4.- Hernández Sampieri, Roberto METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.
Editorial McGraw- Hill interamericana.
P.p. 705. México D.F. 2003
- 5.-Dieterich, Heinz. NUEVA GUIA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.
Editorial planeta México, P.p. 229
México D.F. 2002..

ANEXOS

Las preguntas que a continuación se describen están relacionadas con:

Mis variables que son.

X

Diabetes Mellitus Tipo II

Y

Complicaciones durante el periodo patogénico

Objetivo General: Al termino de la investigación se realizará un programa que contenga información sobre que es Diabetes Mellitas Tipo II , que complicaciones trae a las personas que ya la han adquirido y y que medidas se pueden tomar para evitarla, así como un control para la población enfocado principalmente en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia Michoacán.

Objetivo Específico:

Ampliar conocimientos sobre Diabetes Mellitas

Saber como realizar al paciente el diagnóstico de Diabetes Mellitus

Conocer la etiología de la Diabetes Mellitas Tipo II

Dar ha conocer las complicaciones sobre Diabetes Mellitas Tipo II.

Hipótesis:

Si se da ha conocer las complicaciones sobre Diabetes Mellitas Tipo II, entonces existirá una mejor calidad de vida **DIABETES MELLITUS TIPO II**.

INSTRUCCIONES:

Le voy a pedir de favor lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y si es tan amable subraye la que usted crea conveniente.

1.- En el lugar dónde usted vive le han informado que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico degenerativa.

- a).- Definitivamente si
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

2.- A usted le han realizado alguna prueba para detectar la Diabetes.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

3.- Le han informado como se puede controlar la Diabetes Mellitus.

- a).-Definitivamente si.
- b).-Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

4.- Sabe distinguir cuáles son los factores que influyen para desarrollar la Diabetes Mellitus.

- a):- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

5.- Cuando está usted en alguna institución de salud le proporcionan información acerca de su enfermedad.

- a).- Definitivamente si.
- b).- probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

6.- Sabe usted los síntomas que se presentan para saber que tiene Diabetes.

- a).- Definitivamente si.
- b).-Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

7.- Sabía que su enfermedad se puede complicar si no se atiende a tiempo.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

8.- Conoce la dieta que debe consumir de acuerdo a su enfermedad.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- C).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

9.- Sabe usted que debe realizar ejercicio y llevar una dieta rigurosa.

- a).- Definitivamente .
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

10.- Existe alguna persona que lo oriente acerca de su enfermedad y como controlarla.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

11.- Conoce que la Diabetes Mellitus es una enfermedad peligrosa por que podría llegar a una insuficiencia renal e hipertensión arterial .

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).-Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

12.- Sabía usted que gran parte de los Mexicanos padecen Diabetes y no lo saben

- a).-Definitivamente si .
- b).- Probablemente si
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

13.- Está usted enterada que está enfermedades causa de que se realicen amputación de extremidades pélvicas.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

14.- Cree que es necesario realizar estudios de laboratorio para saber si tiene Diabetes.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).-.- Indeciso.

15.-Sabía que su enfermedad puede controlarse con medicamentos y un plan de ejercicio y dieta.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

16.- Le gusta a usted llevar una dieta balanceada.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

17.-Le gustaría cuidar su salud acudiendo a alguna clínica cercana ante cualquier alteración de su organismo.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

18.- Al acudir a cualquier centro de salud el médico le atiende y explica los cuidados que debe tener.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- definitivamente no.
- e).- Indeciso.

19.- Asiste a consulta como se lo indica su médico.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- definitivamente no.
- e).-Indeciso.

20.- Conoce lo programas para la prevención para su salud.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

21.- Cree usted que una mujer embarazada pueda tener Diabetes.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

22.- Sabía usted que una persona puede llegar a presentare pie diabético.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).-Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

23.- Conoce usted los cuidados que se le proporcionarían a una persona con pie diabético.

- a).- Definitivamente si .
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

24.- Cuando alguien le proporciona información sobre Diabetes le pone atención o no.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

25.- Cree que es importante conocer más acerca de Diabetes .Mellitus.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente si.
- e).- Indeciso.

26.- Se ha presentado en su familia este tipo de enfermedad.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).-Definitivamente si.
- e).- Indeciso.

27.- Ha asistido a escuchar programas sobre Diabetes Mellitas.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

28.- Sabe usted que es importante indagar y conocer sobre Diabetes Mellitus

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

29.- Cree usted que sea necesario e importante apoyar a personas con esta enfermedad.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

30.- Podría usted ayudar a alguien canalizandolo a un centro de salud en caso de emergencia .

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

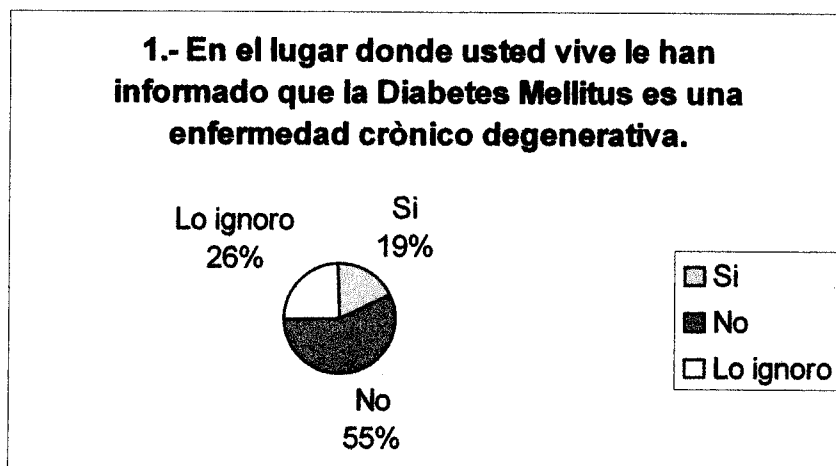
31.-Si existiera un centro donde proporcionarán información mensualmente sobre Diabetes Mellitus asistiría sin que se lo pidieran.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no.
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso.

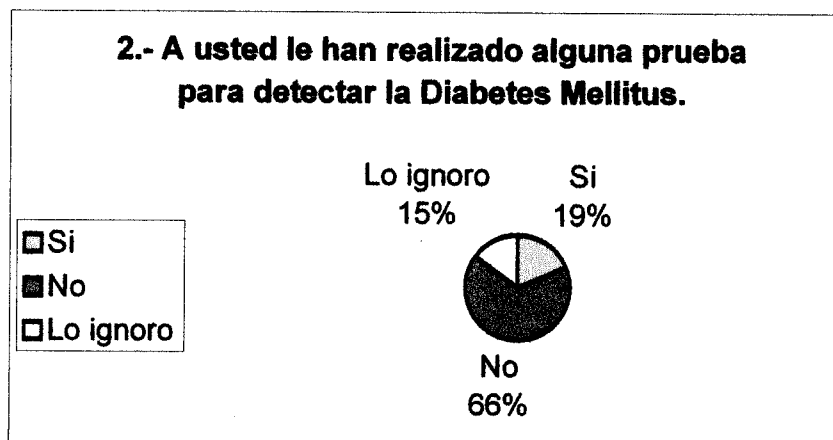
32.- Cree usted conveniente estar informado sobre lo que es Diabetes Mellitus para mejorar la calidad de vida.

- a).- Definitivamente si.
- b).- Probablemente si.
- c).- Probablemente no .
- d).- Definitivamente no.
- e).- Indeciso

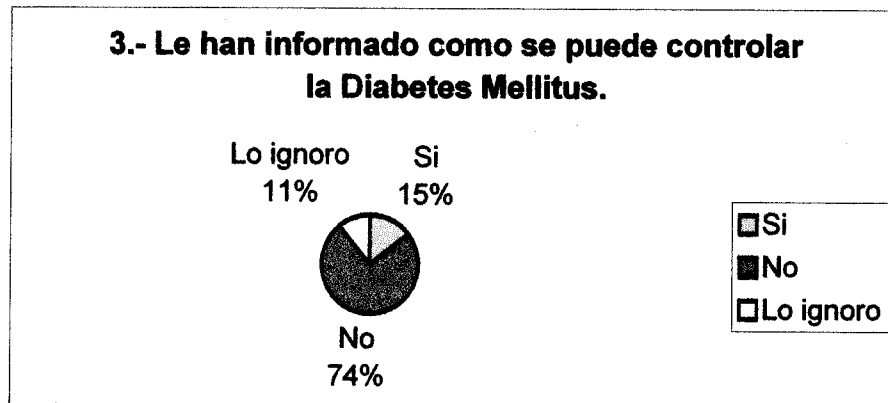
GRAFICA No 1.



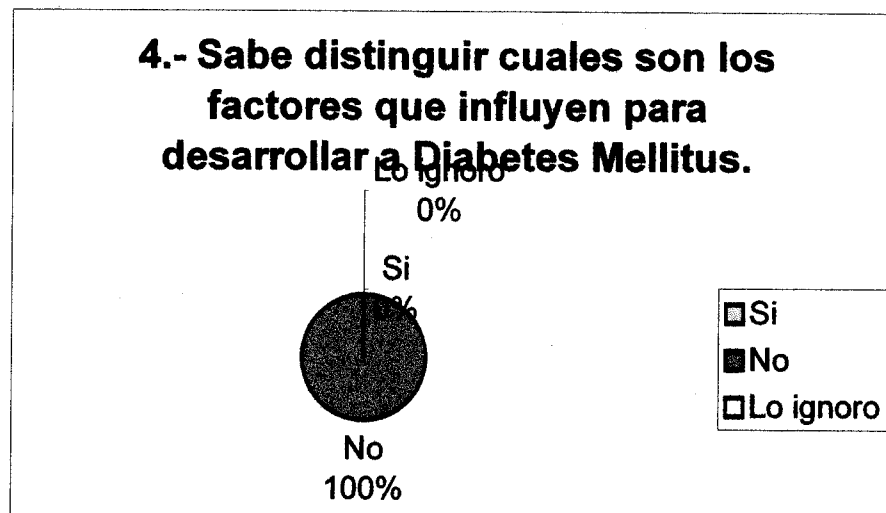
GRAFICA No 2.



GRAFICA No 3.



GRAFICA No.



GRAFICA No 5

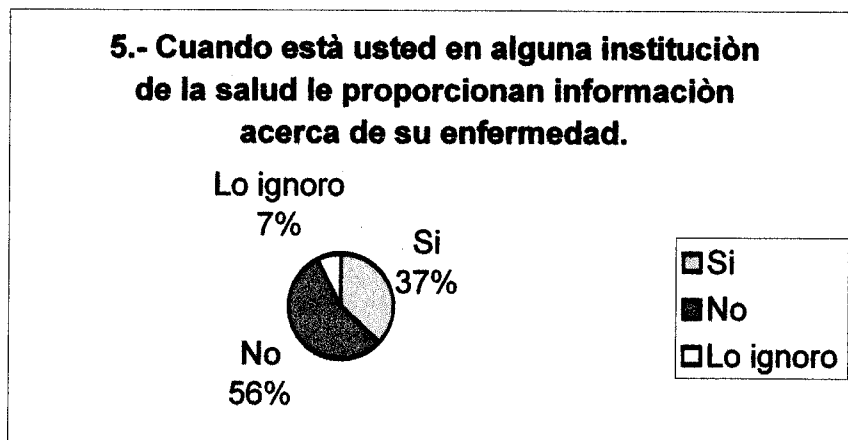
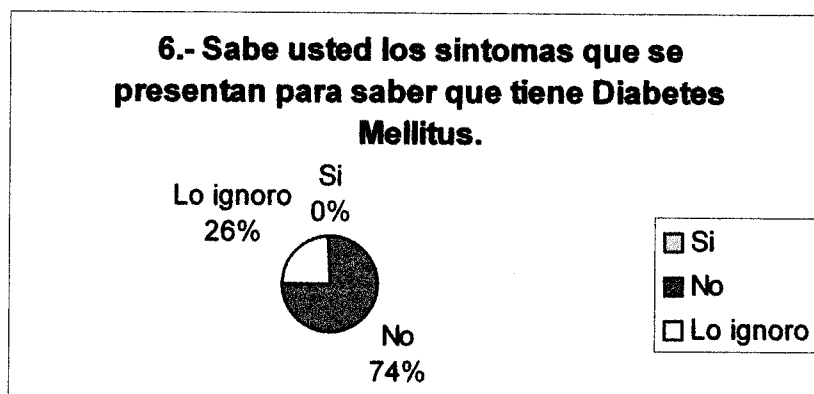
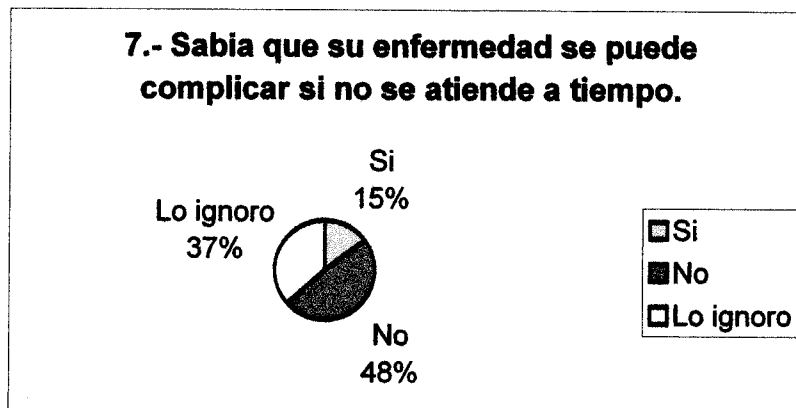


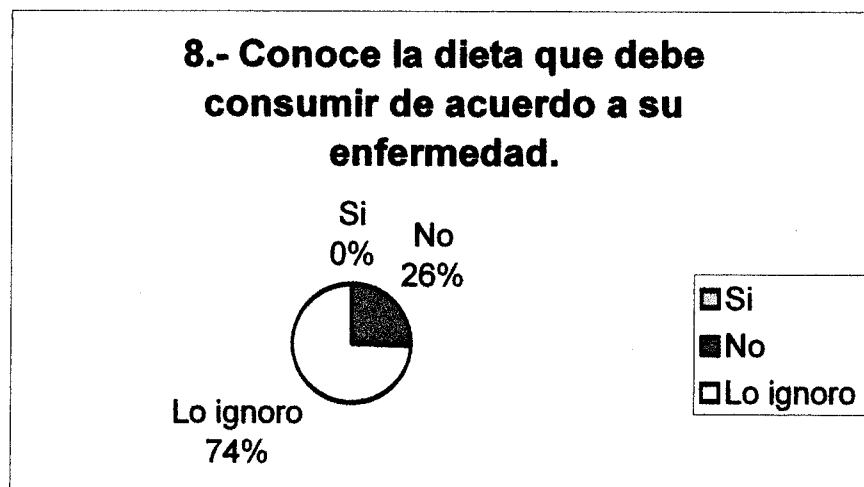
GRAFICO No 6.



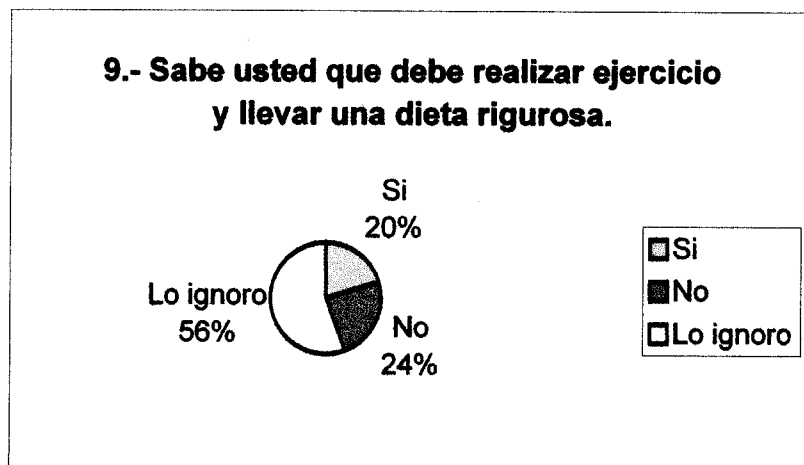
GRAFICA No 7.



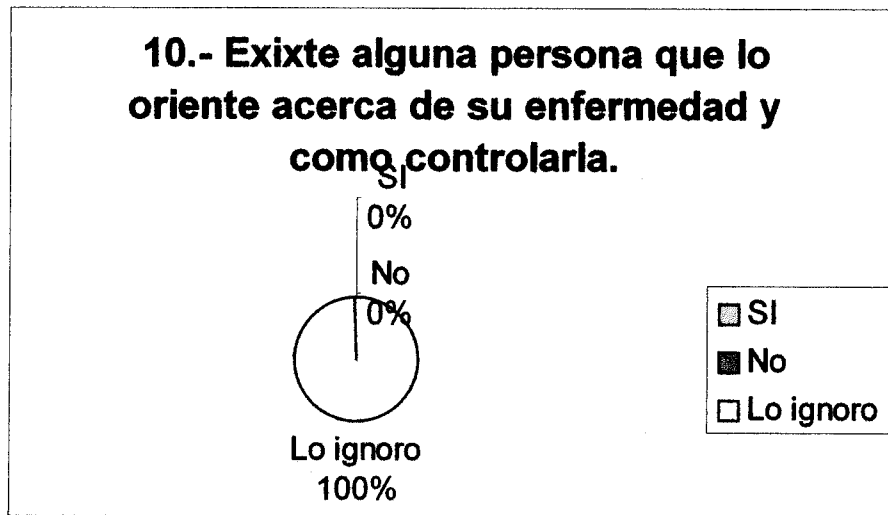
GRAFICA No 8.



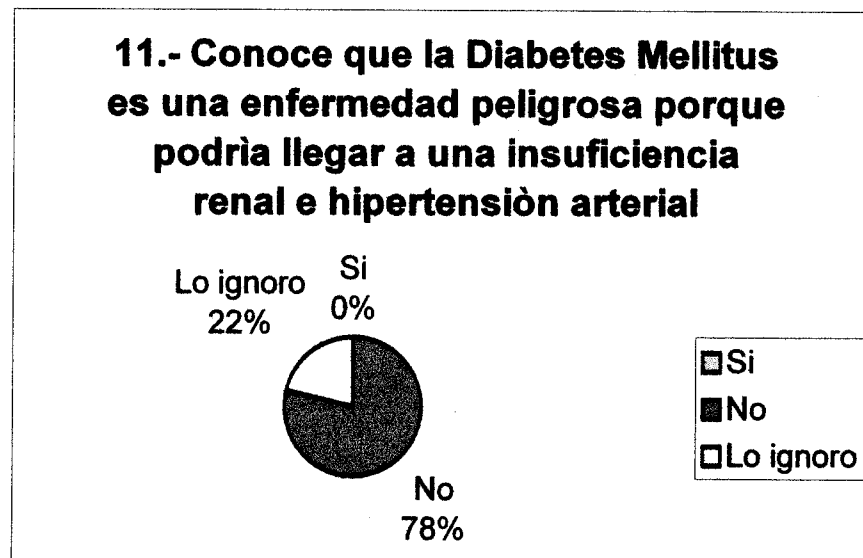
GRAFICA No 9.



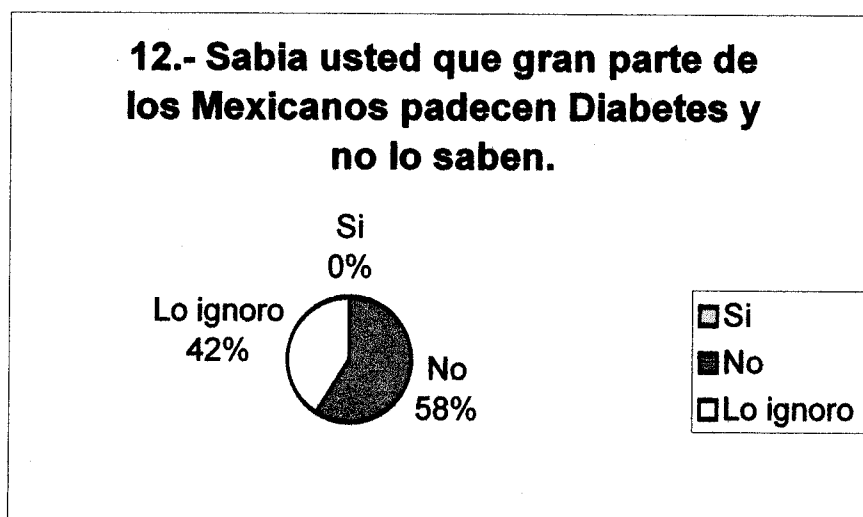
GRAFICA No 10.



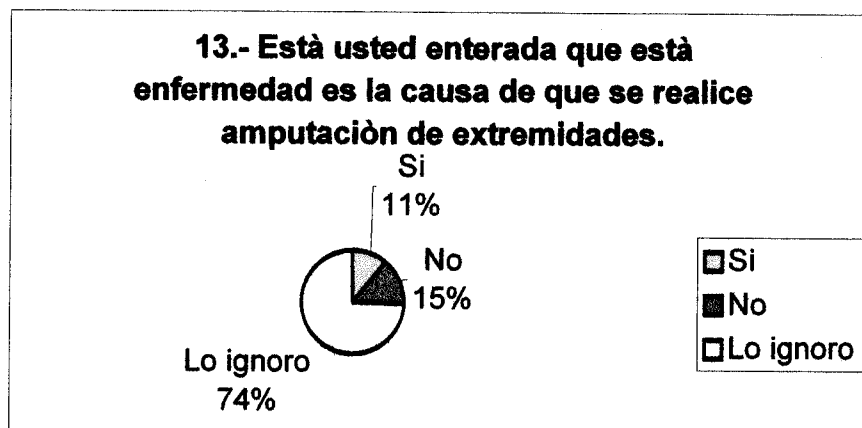
GRAFICA No 11.



GRAFICA No 12

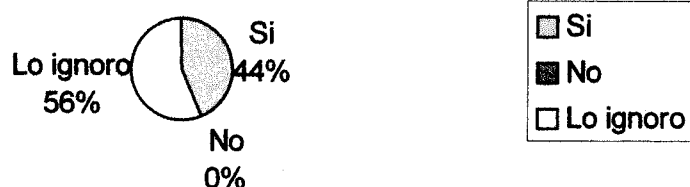


GRAFICA No 13.



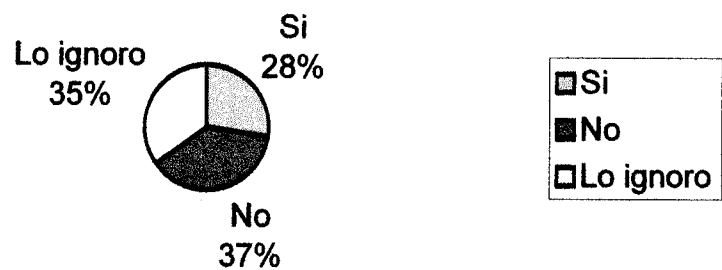
GRAFICA No 14.

14.- Cree usted que es necesario realizar estudios de laboratorio para saber si tiene Diabetes Mellitus.

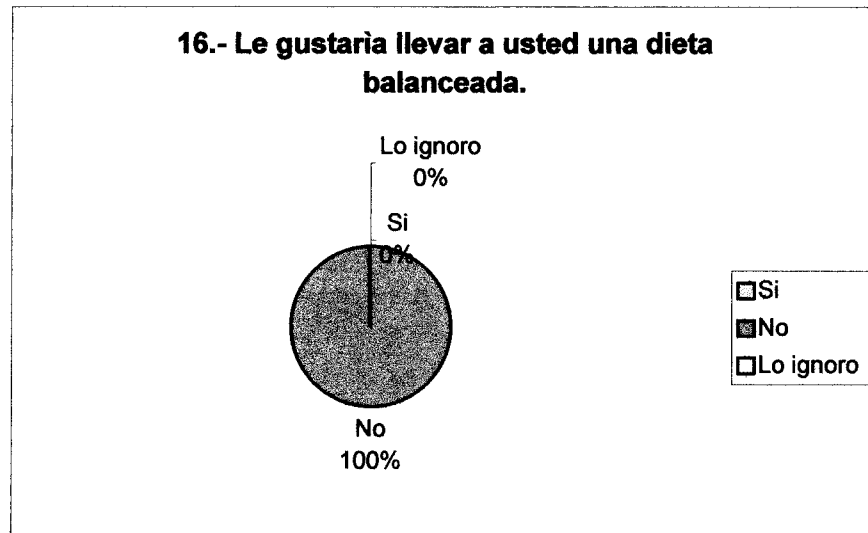


GRAFICA No 15.

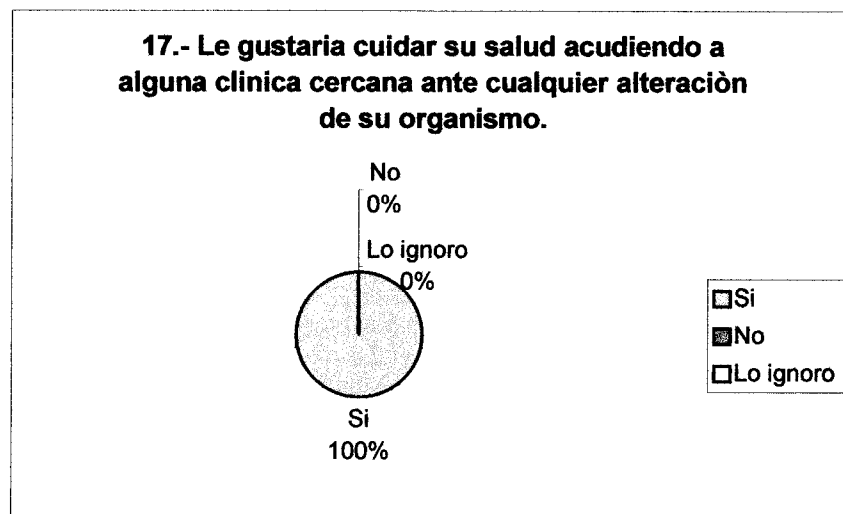
15.- Sabia que su enfermedad puede controlarse con medicamentos y un plan de ejercicio y dieta.



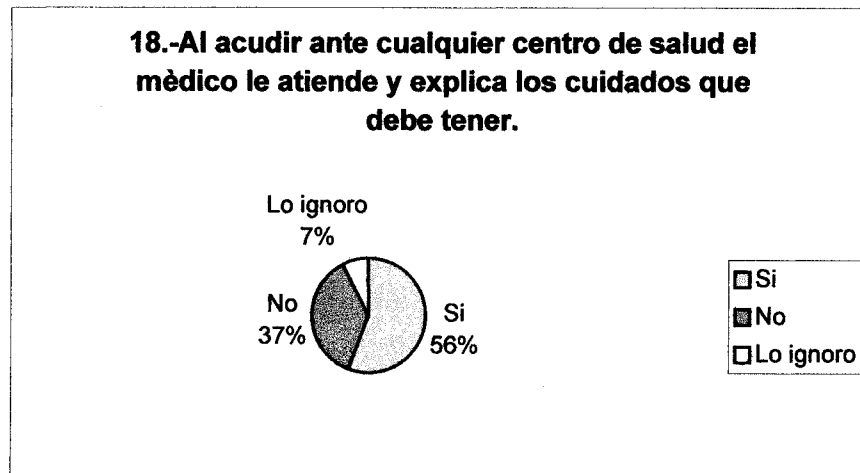
GRAFICA No 16.



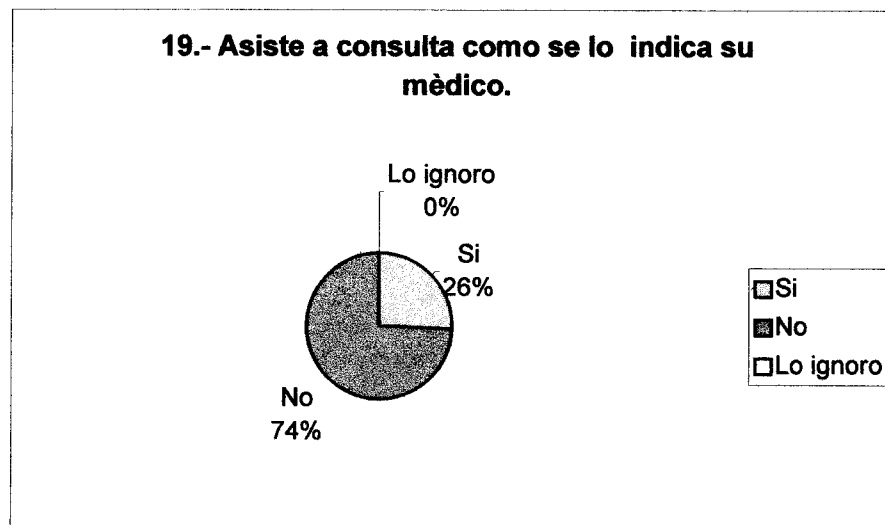
GRAFICA No 17.



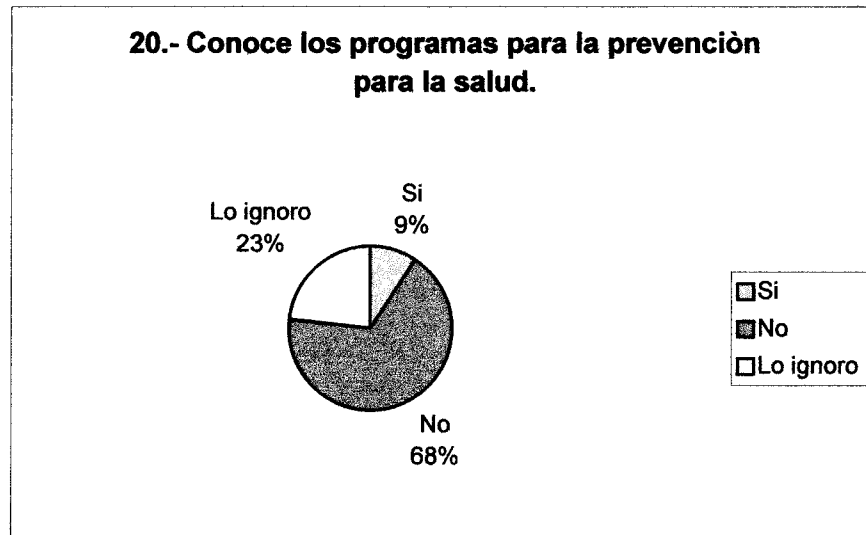
GRAFICA No 18.



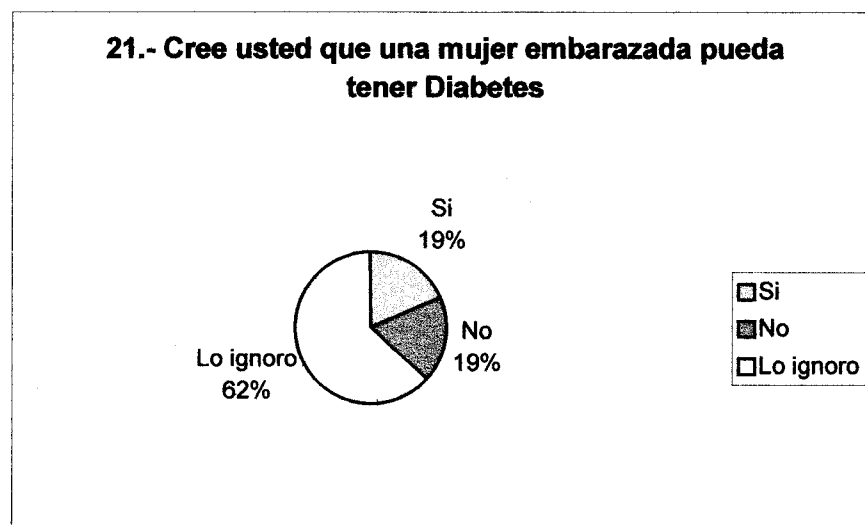
GRAFICA No 19.



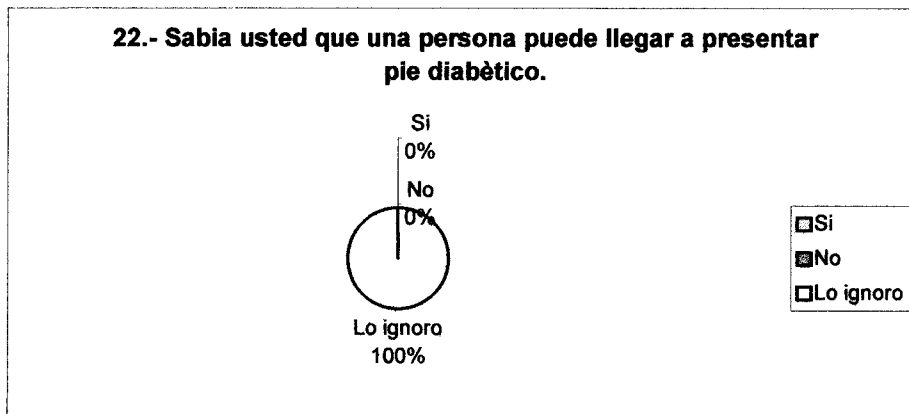
GRAFICA No 20.



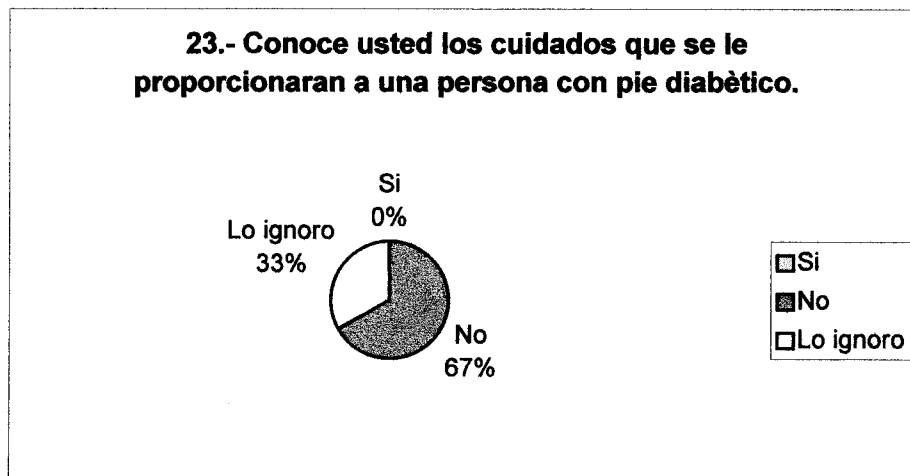
GRAFICA No 21.



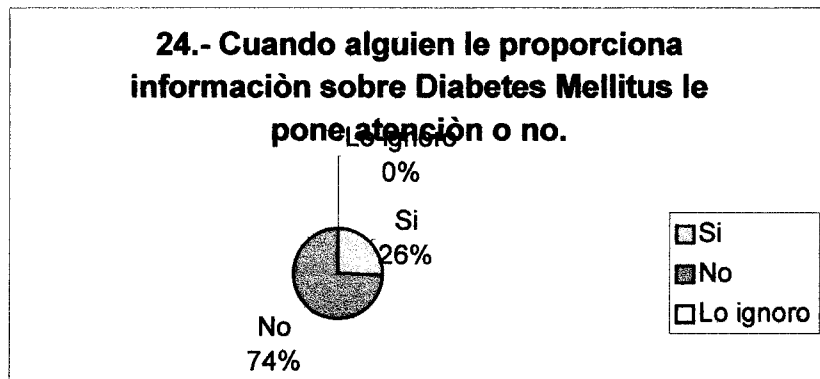
GRAFICA No 22.



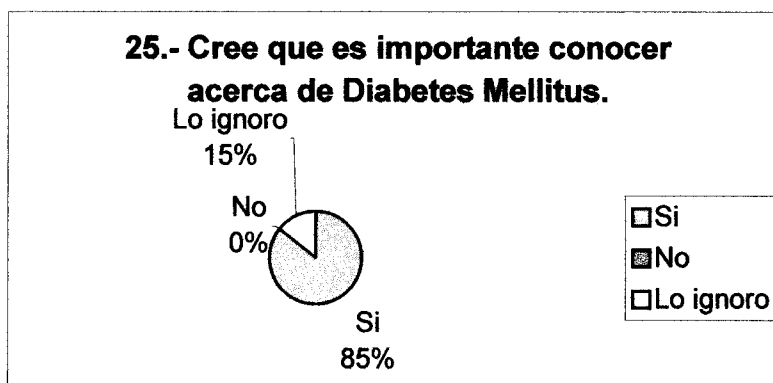
GRAFICA No 23.



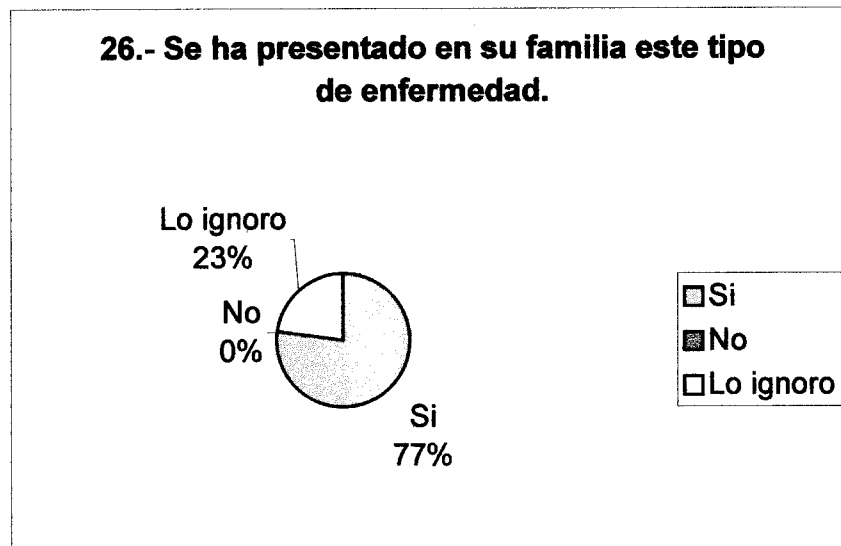
GRAFICA No 24.



GRAFICA No 25



GRAFICA No 26.



GRAFICA No 27.

