



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL”
ISSSTE, DISTRITO FEDERAL, MEXICO

**“PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU
TRATAMIENTO DIETETICO, EN LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR MARINA NACIONAL” ISSSTE.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARIA GUADALUPE VENANCIO LÒPEZ

DISTRITO FEDERAL, MÈXICO

NO. DE REGISTRO: 353.2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU
TRATAMIENTO DIETETICO, EN LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR MARINA NACIONAL” ISSSTE**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MARIA GUADALUPE VENANCIO LÓPEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ASESOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y
CAPACITACION DEL I. S. S. S. T. E.

DR. CARLOS ALEJO MARTÍNEZ CALLES
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“MARINA NACIONAL” ISSSTE

**“PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU
TRATAMIENTO DIETETICO, EN LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR MARINA NACIONAL” ISSSTE**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MARIA GUADALUPE VENANCIO LÒPEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER F. GÒMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESÙS GARCÌA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÒN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. ISAIÀS HERNÀNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que me han apoyado durante este tiempo de formación como ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, les agradezco su apoyo, su tiempo y su comprensión que me han brindado en el trayecto del éxito, como pilares de este proyecto.

A todos los que sin importar las dificultades estuvieron para apoyarme y me mostraron que el seguir no es necesariamente estar solo, sino que se puede construir algo mejor con cada paso y crecer como persona y crear nuevos compañeros que te apoyaran en las decisiones, para que sea la correcta.

A los pacientes que son fuente principal de conocimiento para que este proyecto se concluyera.

**JUZGA TU ÈXITO EN FUNCIÒN DE AQUELLO
A LO QUE HAZ RENUNCIADO
PARA CONSEGUIRLO**

A MIS PADRES

Por ser los pilares en mi formación como mujer, profesionista y persona; en darme la fuerza, fe y esperanza necesaria para no rendirme, en ser la esperanza para continuar a pesar de los contratiempos que se presentan en el camino.

Gracias por su amor, cariño, comprensión y guía que me han dado.

Gracias por ser parte de mi vida, por ser mis padres y mis amigos, ser las personas que se que sin importar nada estarán ahí para apoyarme en las decisiones y en el camino que decida tomar.

GRACIAS

DRA. MARIA GUADALUPE VENANCIO LOPEZ

A MIS HERMANOS

Las tres personas que has sido parte de mi preparación como profesionalista, mis consejeros, amigos y cómplices en las decisiones para lograr este proyecto; que me han impulsado a seguir adelante dando pasos firmes y llegar mas allá de los límites

GRACIAS

A MIS AMIGAS

A las personas que han compartido conmigo todas las preocupaciones, risas y llanto; que cada vez que he necesitado un hombro y un apoyo están ahí para ayudarme a levantar y continuar; y a las nuevas amigas que surgieron durante este camino de especialidad. Gracias por su confianza y sobre todo darme algo muy valioso e importante su *AMISTAD*.

GRACIAS

A MIS MAESTROS

*DRA. ANGELA TORRES GONZALEZ. DR. CARLOS E. CENTURION VIGIL
DR. CARLOS ALEJO MARTINEZ CALLES*

Gracias por ser la principal guía en este camino como profesionalista de la salud durante estos tres años que se dice fácil pero es un gran esfuerzo que con su apoyo, comprensión y sobre todo la enseñanza de sus conocimientos en la práctica médica para ser especialista en MEDICINA FAMILIAR.

GRACIAS

AL EQUIPO DE SALUD DE LA C. M. F. MARINA NACIONAL

Gracias por permitirme ser parte de su equipo de trabajo, por ayudar en mi formación como profesionalista y ser más que un compañero, gracias por darme su amistad.

GRACIAS

A MI ASESOR

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

Gracias por aceptar ser mi asesor para la realización y conclusión de este proyecto, que me ha guiado paso a paso para comprender la importancia de la investigación y su aplicación en el ámbito médico. Que ha estado a mi lado para mostrarme como es que se evoluciona con cada paso que se da.

Gracias por que a pesar de los contratiempos tuvo fe en mí para continuar y llegar a la meta, de este nuevo éxito en mi vida y ser parte de ello.

Gracias por compartir su experiencia y conocimiento; y sobre todo por ser un amigo y un apoyo incondicional.

GRACIAS

DRA. MARIA GUADALUPE VENANCIO LOPEZ

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ

Gracias por ser parte del impulso para continuar y no dejarme caer tan fácilmente, por su comprensión, apoyo y cariño que compartió conmigo.

Por creer en que puedo seguir adelante sin importar el camino que se elija, usted que me ha alentado a mejorar cada día, seguir adelante y lograr el ÉXITO.

Gracias por su amistad, por ser como es y poderle decir amiga.

GRACIAS

DRA. MARIA GUADALUPE VENANCIO LOPEZ

**“PERCEPCION DEL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 A SU
TRATAMIENTO DIETETICO, EN LA
CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR MARINA NACIONAL”
ISSSTE.**

RESUMEN

PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL, ISSSTE.

Dra. María Guadalupe Venancio López, Dr. Apolinar Membrillo Luna

OBJETIVO

Conocer la perspectiva del paciente diabético tipo 2 a su tratamiento dietético.

DISEÑO

Estudio observacional, descriptivo, transversal, no comparativo, prospectivo, no longitudinal.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó el estudio con un muestreo no probabilístico por conveniencia o por cuota se incluyeron un total de 101 pacientes que asisten a su control al Modulo de Diabetes de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional, de los que 58 fueron mujeres y 43 hombres. Se recabo la información con un instrumento de 25 ítems con respuesta abierta y concreta (SI/NO). El análisis de los resultados fue con estadística descriptiva a través de proporciones.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados se aprecia una mayor asistencia de mujeres que de hombres, con escolaridad de licenciatura terminada del 38.0% de mujeres. Con indicación de dieta por el médico en un 46.6% para mujeres y 30.2% para hombres, así mismo un 55.2% y 48.8% de los familiares de mujeres y hombres se integran a la dieta indicada respectivamente. El 96.6% de mujeres y el 100% de los hombres están conscientes que es importante llevar un tratamiento dietético para su control metabólico, mejorar calidad de vida y evitar complicaciones. La percepción que el paciente tiene respecto a su dieta es que la realizan para mantener la salud (29.3% mujeres y 37.2% hombres), para una buena calidad de vida (27.6% mujeres) y estar controlado (28.0% hombres) principalmente.

CONCLUSIONES

Es necesario una relación empática médico-paciente-familia-Diabetes Mellitus tipo 2-nutricion-equipo de salud, para que el paciente pueda mantener una tratamiento dietético puesto que tiende a modificar por completo su rutina diaria y sobre todo los hábitos alimenticios que tiene, por lo que es importante tener en cuenta esta interrelación, para poder dar una terapéutica integral individuo-familiar correspondiente a sus necesidades

calóricas y de actividades diarias y características propias, para que sea más fácil su aceptación y seguimiento; así mismo que los programas de salud se deben de modificar para que se engloben estos aspectos y se logre un éxito en las metas para la prevención de esta patología.

PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus Tipo 2, percepción, apego, tratamiento dietético, medico familiar, atención primaria.

ABSTRACT

“PERCEPTION OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS WITH YOUR DIETARY TREATMENT IN FAMILY MEDICINE CLINIC OF NATIONAL MARINA”, ISSSTE.

Dr. María Guadalupe Venancio López, Dr. Apolinar Membrillo Luna

OBJETIVE

Meet the perspective of type 2 diabetic patients to dietary management.

DESIGN

Observational, descriptive, transversal, comparative, prospective, not longitudinal.

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted with a non-probability sampling for convenience or share included a total of 101 patients attending the control module Diabetes Clinic National Marine Family Medicine, of which 58 were women and 43 men. Information is collected by an instrument of 25 items an open and concrete answer (YES/NO). The analysis of the results was with descriptive statistics through proportions.

RESULTS

Of the patients studied there was greater support of women than men with collage education completed 38.0% of women. With indication of diet by the physician in 46.6% for women and 30.2% for men, likewise a 55.2% and 48.8% of the families of women and men are integrated into the prescribed diet respectively. The 96.6% women and 100% of men are aware that it is important to keep a dietary treatment for metabolic control, improve quality of life and avoid complications. The perception that the patient has regarding their diet is made to maintain the health (29.3% women and 37.2% men), for a good quality of life (27.6% women) and being controlled (28.0% men) mainly.

CONCLUSIONS

Need a sympathetic doctor-patient-family-type 2 Diabetes Mellitus-nutrition-health team, for the patient to maintain a dietary treatment as it tends to completely change their daily routines, especially food habits has so it is important to note this relationship in order to provide a comprehensive individual-family therapy for their caloric needs and daily activities and characteristics, to make is easier to accept and follow, so same health programs it must be modified to encompass these issues and achieve a success in the goals for the prevention of this disease.

KEY WORDS

Type 2 Diabetes Mellitus, perception, addiction, diet therapy, family practitioner, primary care.

INDICE

	Pagina
CAPITULO I: MARCO TEORICO	01
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
CAPITULO III: JUSTIFICACION	17
CAPITULO IV: OBJETIVOS	19
CAPITULO V: HIPOTESIS	19
CAPITULO VI: MATERIAL Y MÉTODOS	20
CAPITULO VII: RESULTADOS	24
CAPITULO VIII: DISCUSION DE LOS RESULTADOS	53
CAPITULO IX: CONCLUSIONES	55
CAPITULO X: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
CAPITULO XI: ANEXOS	
A: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN	61
B: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	63
C: CONSENTIMIENTO INFORMADO	64

CAPITULO I

MARCO TEORICO

“PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL” ISSSTE.

En el primer nivel de atención se resuelven las necesidades médicas básicas y los problemas de salud mas frecuentes a través de estrategias de prevención, terapéutica, recuperación y medidas de rehabilitación. Por lo que la atención primaria, esta encaminada a la asistencia sanitaria con base en métodos y tecnologías practicas, científicamente fundadas y aceptadas socialmente, al alcance de los individuos y las familias, mediante su participación. Integrativa.¹

Siendo la Medicina Familiar la especialidad donde el médico interviene como primer contacto en la Atención Primaria, recordando su eje de estudio “LA FAMILIA”, que se engloba dentro de la sociedad como: grupo social o unidad bio-psico-social; sistema abierto en interacción con su entorno histórico, social, económico y cultural.

Se ha tratado de encontrar una definición que la englobe en su totalidad, de las cuales podemos mencionar:

1.- El consenso académico, México 2005, por la 1ª reunión de consenso académico de Medicina Familiar de organismos e instituciones educativas y de salud, lo considera como:

Grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número de variables de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por los lazos consanguíneos, legales y/o afinidad

2.- El Censo Canadiense la define como: Esposo y esposa con o sin hijos; padre y madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. ²

3.- El Diccionario de la Lengua Española la define como:

El grupo de personas juntas bajo la autoridad de uno de ellos.

- Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y a fines de un linaje.³

4.- Lugar donde recurren los individuos para satisfacer sus necesidades de seguridad física, emocional, salud y bienestar (Mc Daniel y col. 1998).²

Independiente de la definición, la interacción que se presenta en su entorno debe de lograr una adaptación según las necesidades para conservar su estructura; así como preservar, transmitir y determinar rasgos y el cumplimiento de sus funciones:⁴

- a) Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad:
Proveer de nuevos integrantes a la sociedad, así como del conocimiento y realización de la sexualidad.
- b) Socialización:
Favorecer el desarrollo social y de aleaciones interpersonales, así como la personalidad individual, con la transmisión de sus tradiciones y su cultura social.
- c) Estatus o nivel social:
Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- d) Cuidado:
Cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia.
- e) Afecto:
Cubrir las necesidades afectivas de todos los integrantes de la familia (amor, cariño, ternura, preocupación, etc.), para la cohesión familiar y personal.

Estas funciones son importantes para la adaptación y desarrollo de una familia; de las cuales para esta investigación el *cuidado* (por la intervención que tenga la familia como efecto protector hacia un paciente enfermo, conocer sus cuidados y cual es su percepción a su tratamiento dietético) y el *afecto* otra función básica que (ayuda a conocer si el apoyo emocional en la relación familia-paciente) interviene para el apego del tratamiento dietético del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, así como una percepción adecuada sobre su terapéutica, evitar complicaciones agudas, crónicas y mantener su independencia y mejorar su calidad de vida.

Para disminuir la repercusión en la familia se debe comprender, escuchar, establecer una empatía con el enfermo, proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad, es decir; fungir como una red de apoyo primaria para el beneficio enfermo-familia.

Dentro de las enfermedades, las crónicas-degenerativas afectan la relación interpersonal de la familia originando un deterioro en muchas ocasiones irreversible, se obtienen respuestas adaptativas como el afecto (amor, negación, ira; negociación de roles, flexibilidad de límites, etc.); ajustes económicos, redistribución o acondicionamiento de espacios y tipo de alimentación.⁵

EPIDEMIOLOGIA

El incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, la Diabetes Mellitus tipo 2, se ha convertido en un problema prioritario en salud pública por la marcada disminución de años de vida útil por el incremento de discapacidad y mortalidad así como el aumento en la inversión económica de las Instituciones de Salud en su prevención, detección y terapéutica.⁶

A partir de la década de los 60`s la Diabetes Mellitus tipo 2 se ubica dentro de las primeras veinte causas de mortalidad general y hace dos décadas dentro de las primeras diez. En el año 2000 ocupó el tercer lugar como causa de mortalidad, hasta el 2003 con 59,912 defunciones y una tasa de 56.8 por 100,000 habitantes.⁷

Para el 2004 ocupa el 2º lugar con 62, 243 defunciones y una tasa de 59.1 por 100,000 habitantes.

A nivel nacional se presentó un incremento en la frecuencia de mortalidad por Diabetes Mellitus entre 1980 y 2001, de 20 a casi 50 por cien mil personas y se estima que para el año 2025 se triplicara el número de casos.^{8,9}

Nuevo León, Estado industrializado donde la mayoría de su población vive en zona urbana, se diagnostica un nuevo paciente con diabetes cada hora. La secretaría estatal de salud ha reportado para el 2004 una incidencia de 4,340 casos, con una prevalencia de 12,483.^{9,10}

FISIOPATOLOGIA

La Diabetes Mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico por defectos de la secreción y/o acción inadecuada de la insulina. Los elevados niveles en la producción de glucosa basal hepática en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia que a largo plazo origina daño, disfunción e insuficiencia de múltiples órganos.^{11,12}

A pesar de los esfuerzos realizados en México de cada 100 diabéticos 14 desarrollan nefropatías, 10 neuropatías, 7-10 pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación) y de 2-5 en problemas de ceguera. Y solo el 20% logra mantener bajo control sus niveles de glucosa en sangre. Ante esto, no es posible afirmar que el modelo de intervención no funciona o tenga gran éxito.⁷

TRATAMIENTO

El Médico Familiar tienen como principal función: la prevención y el manejo de esta patología a través de establecer y mantener con éxito una relación médico-paciente-familia, con el apoyo de una terapéutica.

El tratamiento que se establece en la consulta para un paciente Diabético Tipo 2 es: no farmacológico (ejercicio, dieta) y farmacológico (hipoglucemiantes orales, insulinas).

Esta investigación está basada en el tratamiento no farmacológico la DIETA, siendo la base de todo tratamiento en toda enfermedad y que en la mayoría debería de ser la única, puesto que mejora la conducta del paciente ante su enfermedad, el control

de glucemia y el apego a los componentes de la atención médica, con disminución en la administración de medicamentos.

Entre los beneficios se encuentra la disminución del riesgo de complicaciones crónicas, reducción de los valores de hemoglobina glucosilada A1c, el monitoreo diario de la glucemia (en ayuno, postprandial y/o al acostarse), así como mejora la perspectiva del tratamiento dietético que se establece y mantenga lo mejor posible su función psico-dinámico-social, agregando relación paciente-familia.

Los planes dietéticos que un paciente recibe, depende de las comorbilidades y del daño que se desarrolle en órgano blanco, para poder dar una orientación y dieta adecuada concordé a sus necesidades y requerimientos calóricos diarios.

En las indicaciones de un plan alimentario para el paciente diabético deben considerarse: ¹³

1. La interacción de las necesidades energéticas en relación con las alteraciones propias de la enfermedad, niveles anormales de lípidos, obesidad o elevación de la presión sanguínea.
2. La necesidad de integrar las condiciones de alimentación a la vida cotidiana y al seguimiento del régimen del control de la enfermedad.
3. La orientación para que el paciente identifique los consumos dañinos de alimentos y realice las modificaciones correspondientes de las costumbres alimentarias, las cuales se refieren a la utilización de cierto tipo de alimentos su horario y periodicidad.
4. El fomento de la cultura del autocuidado en la alimentación. Cada paciente debe ser capaz de identificar y modificar sus hábitos alimentarios en función del conocimiento de la enfermedad y el convencimiento en cuanto a las ventajas, más que por indicación médica.

5. La capacitación para que el enfermo pueda realizar adaptaciones ante los cambios inesperados e inevitables de la alimentación durante sus actividades diarias.
6. La información respecto al carácter dinámico de la enfermedad, que requiere en forma permanente modificaciones en las indicaciones de alimentación, las cuales deben ser creativas y adaptadas a las circunstancias.
7. El reconocimiento de la autonomía del paciente en torno a sus hábitos alimentarios y de la necesidad de mantener el patrón alimentario indicado para el control de la enfermedad.
8. Los patrones de alimentación deben ser familiares y culturales. Las sugerencias individuales al paciente favorecen la exclusión familiar y el desapego al tratamiento.^{14,15,16,17}

Lineamientos sobre alimentación saludable

Nutriente	Recomendación
Calorías	De acuerdo con el estado nutricional, características individuales y metas de control metabólico: Peso dentro de rangos aceptados: 25 a 40 kilocalorías/kg Sobrepeso y obesidad: reducción de 500 a 1000 kilocalorías/día
Proteínas	10-20% de la ingesta recomendada de calorías
Carbohidratos	50-60% de la ingesta recomendada de calorías
Grasas	30-35% de la ingesta recomendada de calorías
Fibra	20-35 g/día

En pacientes con Diabetes Mellitus^{18,19,20} tipo 2 con:

- ❖ Bajo peso, (IMC inferior a 18.5), sin antecedentes de desnutrición; indica carencia de insulina o mal control metabólico con pérdida calórica por glucosuria. Se debe de fraccionar los carbohidratos en comidas y colaciones en tratamientos con insulina o secretagogos de insulina.
- ❖ Sobrepeso (IMC \geq 25-29.9), plan de alimentación bajo en calorías, reducción de peso; para controlar los niveles de glicemia, lípidos y presión arterial.

- ❖ Peso normal (IMC 18,5 – 24,9) es un plan alimentario normo calórico, entre 30 y 35 Kcal./Kg./día, según sea su actividad física. Si mantiene un peso aceptable con la ingesta habitual, se realizan modificaciones en el soporte de cada grupo de alimentos sin alterar su valor calórico total.
- ❖ Sobrepeso (IMC \geq 25-29.9) es un plan de alimentación bajo en calorías, reducción de peso, para el control de la glucemia, lípidos y presión arterial.
- ❖ Obesidad \geq 30, se debe de reducir 500 Kilo-calorías diarias sobre su requerimiento. La hipocalóricas efectivas contienen 1000-1500 Kcal. /día. Las de muy bajas calorías (<1000Kcals), no logran un apego y causan déficit de nutrientes a largo plazo. Se aumenta la ingesta de vegetales, disminuir y/o restringir grasas saturadas y eliminar el consumo de alimentos fritos. Un gran porcentaje personas diabéticas son hipertensas y/o dislipidémicas debe indicarse una reducción en el aporte de colesterol y sodio.

El porcentaje de calorías de los hidratos de carbono es variable e individual basado en los hábitos de consumo, metas de glicemia y lípidos; encontrándose entre el 50 - 60% de las calorías totales.

Se deben eliminar los azúcares simples (miel, azúcar) a no más del 5% de las calorías. El uso de edulcorantes no calóricos, (aspartame, sacarina, acesulfame y sucralosa), no representan riesgo y pueden ser usados como reemplazo.^{18,21,22}

FAO-OMS recomienda la ingesta de 0,8 g de proteínas por kilo/día en el adulto o 10 - 20% de las calorías totales.²³

Una reducción en la velocidad de filtración glomerular, no se restringe el aporte proteico a menos de 0,6 a 0.8 g/Kg./día para no provocar desnutrición. Del 10 al 20% de la ingestión energética diaria, recomendándose 2/3 de origen vegetal y 1/3 de origen animal.

El aporte calórico de los lípidos no debe sobrepasar el 30 % del total. El 10% puede provenir de grasas saturadas, 10-12% de ácidos grasos monoinsaturados (aceite de

oliva) y 10% de ácidos grasos poliinsaturados (aceites de maíz, maravilla o pepa de uva). Su función preventiva de enfermedades cardiovasculares se incluye en la alimentación pescados grasos, ácidos grasos poliinsaturados omega 3 (eicosapentanoico, docosahexanoico). Se debe evitar el consumo de grasas hidrogenadas presentes en margarinas, mantecas, aceites hidrogenados, alimentos procesados y no exceder el consumo de 300 mg diarios de colesterol.⁷

Reducir el consumo de sal (cloruro de sodio) a menos de 6 gramos diarios, lográndolo la restricción en la cantidad de preparación y disminuyendo el consumo de alimentos procesados.

Los pacientes que beben alcohol lo deben de hacer a no más de 2 porciones diarias en el hombre y no más de 1 en la mujer. Se prefiere el consumo de vino en lugar de bebidas destiladas (ej.: whisky, pisco, ron, coñac, gin, vodka, tequila) y durante las comidas. Su aporte calórico debe considerarse en las calorías totales de la dieta. Está prohibido el consumo de alcohol en la diabética embarazada, en pacientes con hipertrigliceridemia o neuropatía diabética.

Las recomendaciones diarias de fibra dietaria (soluble e insoluble) son de 20 a 35 g. El consumo elevado de fibra soluble tiene efecto benéfico en las concentraciones de lípidos en la sangre. Por lo que se prefieren cereales integrales y leguminosas en la dieta.⁷

Las intervenciones e investigaciones que se han realizado hasta el momento se caracterizan por el desinterés en la perspectiva de los pacientes. A pesar de su importancia demostrada respecto a incorporar su punto de vista para mejorar el diseño así como el impacto de los programas y servicios de salud con incremento del apoyo familiar e individual para un apego adecuado a la terapéutica dietética del paciente y mantener una perspectiva favorable.

En México se han realizado importantes estudios que parten del punto de vista de los enfermos o de los beneficiarios de los servicios de salud: algunos se basan en el enfoque de la experiencia del padecimiento; otros son de corte psicosocial o de estudios etnográficos²⁴. Han ayudado a clarificar los términos en que los enfermos explican la enfermedad y utilizan los servicios de salud, pero ninguna ha

profundizado en la dimensión nutrición–alimentación-enfermedad crónica, y muy pocos se han enfocado a analizar la experiencia derivada de la intervención nutricia, la tríada: nutrición-alimentación-Diabetes Mellitus tipo 2. Ya que algunos de los autores reconocen que es la *díeta* la forma de control (glucémico) más problemática en la vida cotidiana de los pacientes y sus familias, independiente de la situación económica, social o demográfica en la que se encuentren.²⁵

Una tendencia similar se encuentra en estudios realizados en otros países, muestran en forma directa o indirecta en sus resultados aspectos relacionados con la experiencia de la dieta y cambio de alimentación de los diabéticos. Principalmente son utilizados para valorar el estilo de vida, dejando de lado el punto de vista de ellos.^{7,24}

Siendo que para poder valorar la percepción del paciente a su apego al tratamiento dietético establecido; ha sido difícil encontrar un instrumento adecuado, ya que este conocimiento ayudara a la realización de programas adecuados para el beneficio del paciente, su familia y la facilitación del médico para hacer que el paciente acepte y este consciente de su enfermedad, de su terapéutica; y lograr disminuir complicaciones, tasas de morbi-mortalidad y el incremento de gastos de las Instituciones de Salud.

Existen pocos estudios de investigación a nivel mundial que valoren el apego terapéutico sea o no farmacológico del paciente diabético tipo 2, dentro de los cuales se mencionan:²⁷

El cuestionario FANTASTIC, instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los estilos de vida de sus pacientes.

Cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados que exploran nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida²⁸

1. Familia-amigos
2. Actividad física
3. Nutrición

4. Tabaco-toxinas
5. Alcohol
6. Sueño-cinturón de seguridad-estrés
7. Tipo de personalidad
8. Interior (ansiedad, preocupación, depresión)
9. Carrera (labores)

Ha sido aplicado a grupos de estudiantes, empleados y pacientes en la consulta general de medicina familiar, pero no se ha determinado su validez en padecimientos específicos ni su consistencia interna.

En otros estudios de investigación se han realizado categorías de análisis para creencias de la diabetes, hábitos de alimentación en el paciente diabético, efectos del ejercicio, creencias del tratamiento, uso de la herbolaria y causas del descontrol glucémico.²⁹

Otro instrumento es la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III©) (Villalobos, Brenes, Quirós & León, 2006), que permite determinar el perfil de adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico DM2, la cual está conformada por 55 ítems distribuidos en 7 factores:³⁰

1. Apoyo familiar (FAF)
2. Organización y apoyo comunal (F-OAC)
3. Ejercicio físico (F-EF)
4. Control médico (F CM)
5. Higiene y auto cuidado (F-HA)
6. Dieta (F-D)
7. Valoración de la condición física (F-VCF)

La escala de autoaplicación ofrece cinco opciones de respuesta tipo Likert (entre paréntesis el valor ordinal de la opción, seguido de la descripción):

- a) Nunca (0): la situación no ocurre.

- b) Casi nunca (1): la situación ocurre aproximadamente entre el 1% y el 33% de las ocasiones.
- c) Algunas veces (2): la situación ocurre aproximadamente entre el 34% y el 66% de las ocasiones.
- d) Casi siempre (3): la situación ocurre aproximadamente entre el 67% y el 99% de las ocasiones.
- e) Siempre (4): la situación ocurre siempre, en el 100% de las ocasiones, según algunos resultados referidos posterior a la realización de este instrumento.

30,31

FACTORES	ITEMS de la EATDM-III
F-AF	<p>Mi familia conoce lo que es la Diabetes Mellitus.</p> <p>Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies.</p>
F-OAC	<p>Se realizan en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas.</p>
F-EF	<p>Tengo un horario fijo para realizar ejercicio.</p> <p>Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio.</p>
F-CM	<p>Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes.</p> <p>Me realizo la glucemia cuando el médico lo solicita.</p>
F-HA	<p>Consumo frutas al menos una vez al día.</p> <p>Utilizo algún sustituto de azúcar.</p>
F-D	<p>Evito consumir golosinas o confites, dulces.</p> <p>Evito consumir bebidas alcohólicas.</p>
F-VCF	<p>Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad</p>

física.

Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física.

Características generales de los métodos indirectos para evaluar la adherencia³²

METODOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES	OBSERVACIONES
Entrevista personalizada o autocuestionario	Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria	Diferentes resultados según los cuestionarios usados. Alterable por el paciente	Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett
Recuento de la medicación sobrante	Objetivo, cuantificable, fácil de aplicar	Requiere tiempo No detecta pautas incorrectas Alterable por el paciente	Utilizado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Requiere tecnología cara Se asume que apertura de envase = toma de medicación	Utilizado en ensayos clínicos. Adaptados al envase de los medicamentos.
Evaluación del resultado Terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otros factores	

Modalidades de entrevista personalizada.³³

Test de Batalla

Analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y dirigido esencialmente a HTA y dislipemia.

Una respuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia.

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.

Test de Morisky-Green

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”. Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos $> 80\%$ y $< 110\%$ de los prescritos.

Para comprender mejor la visión de la presente investigación deben de tomarse en cuenta algunas definiciones y lograr una mejor ubicación de su contexto.

Conforme se ha realizado la investigación bibliográfica se encuentra que apego y adherencia se utilizan como sinónimos; por definición y conforme al motivo de estudio se utiliza apego como termino para el desarrollo de la misma.

Apego:

Conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar sus estilos de vida²⁷

Percepción

Interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización (Matlin y Foley 1996).

La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro (Feldman, 1999).

Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto. ⁷

Adherencia

“Convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria” ¹⁰

Adherencia terapéutica. Según la OMS en el año 2004, planteó una definición de la adherencia al tratamiento prolongado que fusiona definiciones de autores como *Haynes* y *Rand*, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica terapéutica eficiente. ²³

"El grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria."

También llamado Cumplimiento terapéutico: contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican. ³³

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica médica profesional dentro del ámbito de especialidad; se observa una gran diversidad de enfermedades las cuales en su mayoría se pueden prevenir, pero que por circunstancias que no competen al médico es difícil evitar desequilibrio de la vida cotidiana de un paciente; es necesario que aprenda la importancia de llevar a cabo su tratamiento sea o no farmacológico y lo más importante que cuente con una red de apoyo para su cuidado, que lo guíe y apoye para seguir indicaciones medicas establecidas en la consulta.

Dentro de la alta incidencia de enfermedades crónico degenerativas, la Diabetes Mellitus Tipo 2, está en el segundo lugar en mortalidad; debido a que se puede prevenir desde antes de su aparición y por ende de sus complicaciones.

Los médicos de familia deben de aplicar la atención primaria al paciente, a su familia y a la sociedad. Pero cuando se detecta esta patología es tarde para su prevención, por lo que se inicia su control y prevención de comorbilidades así como de complicaciones; siendo importante el conocer su perspectiva hacia su enfermedad y hacia su tratamiento dietético que es la base fundamental de cualquier terapéutica inicial, y que si el paciente la lleva adecuadamente es suficiente para tener un control metabólico.

Es sabido desde hace mucho tiempo el tratamiento farmacológico es difícil de mantenerlo debido a los efectos adversos de cada uno, y el cansancio del paciente por la ingesta frecuente desde el diagnostico, así como también es molesto para él llevar a cabo una dieta, quizás al retiro de su dieta diaria y a la falta de accesibilidad a sus recursos económicos, es por lo que se debe de considerar como es la perspectiva de llevarla concorde a lo que este a su alcance.

Y así de esta forma tratar de comprender por que el fracaso de un tratamiento, la aparición de complicaciones y por ende el descontrol metabólico que se general en el paciente.

La intervención de la sociedad influye, pero principalmente la familia, que tan importante es que esta intervenga, como puede ayudar, como es el soporte un

paciente con enfermedad crónica. Es indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad. Durante el proceso se limitan las relaciones al cuidado del enfermo, originando disfunción, aparición de otros signos y síntomas en los integrantes y del rol establecido.

Así como la familia, el médico también interviene en dar indicaciones que entienda y comprenda él paciente, así como el apoyo de otras especialidades para un tratamiento multidisciplinario.

La forma en que el enfermo y su familia acepten la enfermedad, se adapten reconozcan la importancia de mantener el equilibrio emocional así como que cuente con esta red social favorece el apego a la terapéutica y el control de su enfermedad así como la prevención de todas las complicaciones, en su mayoría discapacitantes; lo que favorece la alteración de la funcionalidad familiar y le origina una perspectiva mas amplia sobre su tratamiento dietetico.

La educación diabetológica es la piedra angular, puede mejorar la conducta del paciente ante la enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia la atención medica, por lo anterior nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CONOCER LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE?

CAPITULO III JUSTIFICACIÓN

Existe un gran adelanto en el tratamiento para enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes Mellitus tipo 2 , sin lograr un adecuado control, por ende tampoco su prevención de esta patología que cada vez se incrementa su tasa de morbi-mortalidad; que lamentablemente ya no esta “limitada” a personas adultas sino que abarca a otros grupo de edad entre ellos a adolescentes; que debido a varios factores de riesgo sin menos preciar alguno, la dieta que se tiene en nuestro país es en muchas ocasiones la base para disminuir su incidencia, sin dejar a un lado la falta de ejercicio, la rutina diaria, la falta de educación que no solo proviene de los padres sino también del medio social en que la persona se desarrolla, etc.; es por lo que aquí el Médico en especial el MEDICO FAMILIAR interviene ayudando en base a su especialidad, la PREVENCIÓN PRIMARIA; que incluye orientar al paciente, a su familia con o sin factores de riesgo, que realice una dieta equilibrada y que la familia participe activamente para su control, y tanto el paciente como la familia tengan una vida mas “estable y saludable”.

El paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 no lleva a cabo las indicaciones médicas, en el caso del tratamiento farmacológico debido a la gran cantidad de tabletas que ingerir, siendo “cansado” para él, ya que es fácil olvidar la dosis o el horario de administración; sin embargo la dieta siendo accesible, fácil de prepara y siendo vital para él paciente, no se lleva a cabo, por tal motivo se quiere conocer cual es la perspectiva del paciente hacia su tratamiento dietético establecido.

El establecer y mantener una relación médico/paciente/familia efectiva es la herramienta para un tratamiento exitoso, que esta determinada por la disponibilidad y el tiempo que el Médico Familiar dedica en su consulta.

Por lo que la meta es la reducción del riesgo de desarrollar complicaciones crónicas valorada con la disminución de los valores de hemoglobina glucosilada A1c (evaluar el control glucémico de los tres meses previos). Alcanzar los objetivos establecidos, los pacientes deben poder ajustar su tratamiento apoyado con el monitoreo diario de glucemia en ayuno, postprandial y/o al acostarse con conocimiento previo de su enfermedad.

La presente investigación aparte de permitirnos conocer la perspectiva del paciente diabético con respecto a su apego al tratamiento dietético, será la difusión de los resultados obtenidos para que el Médico Familiar amplíe el conocimiento sobre como es para el paciente llevar a cabo una dieta indicada según sus necesidades, y encontrar una forma de actuar para que se incremente el apego a dicho tratamiento y por ende disminuya la ingesta y/o aplicación de medicamentos consiguiendo un mejor control glucémico así como disminuir la morbi-mortalidad de esta enfermedad crónica degenerativa. Así como concienciar a todo personal del área médica, primordialmente al médico, de lo importante que es escuchar al paciente, establecer y mantener una buena relación médico/paciente familia; que es la base para que cualquier tratamiento y/o indicación médica se lleve a cabo por parte del paciente.

CAPITULO IV OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ◆ Conocer la perspectiva del paciente diabético tipo 2 a su tratamiento dietética.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Conocer las características de la dieta del paciente diabético tipo 2
- ◆ Conocer como y quien calculo la dieta del paciente diabético tipo 2
- ◆ Conocer la cantidad de kilo-calorías establecida en su dieta.

CAPITULO V HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional y descriptivo, la presente investigación no requiere de la elaboración de una hipótesis, por lo que no se presenta en este apartado.

CAPITULO VI MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

*** Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación es observacional, descriptivo, transversal no comparativo, prospectivo, no longitudinal.

*** Población lugar y tiempo de estudio**

Población: Un total de 757 paciente diabéticos que llevan su control en el consultorio No. 1, módulo de diabetes.

Tiempo: la toma de datos para el presente estudio se realizara durante el mes de Septiembre-Octubre de 2009.

Lugar: la recolección de datos de realizara en la Clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional" ISSSTE

Espacio: se llevara a cabo en el consultorio 1 de la Clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional" ISSSTE

*** Tipo de muestra y tamaño de la misma**

Muestra: se realizara por cuota o conveniencia; es decir, será todo paciente que acuda a su cita médica al consultorio número 1 de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional durante los meses de septiembre y octubre de 2009.

✱ **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Inclusión	Exclusión	Eliminación
Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión	Cambio de adscripción de C.M.F.
> 1 año de evolución	< 1 año de evolución	No deseen realizar parte del estudio
Derecho habientes de la C.M.F.	No sean derecho habientes de la C.M.F.	Cuestionario incompleto
Genero indistinto	Analfabeta	Ilegible
Escolaridad alfabetización	Discapacidad física o mental que impida proporcionar información	
Acudan a control al Módulo de Diabetes de la C. M. F. (consultorio 1)	No estén en control en el Módulo de Diabetes.	

✱ **Escala de medición de variables categóricas y no categóricas.**

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
D. M. 2	Dependiente	Enfermedad crónica degenerativa	Patología endocrina del páncreas	Nominal	Expediente
Genero	Independiente	Parámetro de distinción física de un individuo	Características físicas de un individuo	Nominal 1= masculino 2= femenino	Paciente
Escolaridad	Dependiente	Grado de conocimientos	Grado de preparación de un individuo	Ordinal 0= analfabeta 1= primaria 2= secundaria 3= Preparatoria 4= Licenciatura 5= Licenciatura trunca	Paciente
Edad	Independiente	Años cumplidos	Cantidad de años vividos	Nominal	Paciente
Ocupación	Independiente	Actividad laboral	Ocupación del paciente	Nominal 1= empleado 2= hogar 3=programador 4=maestro 5=abogado 6=jubilado 7=pensionado 8=secretaria 9=desempleado	Paciente
> 1 año evolución	Dependiente	Tiempo de evolución de la enfermedad	Periodo de tiempo	Nominal 1= < 1 año 2 => 1 año	Paciente
Dieta	Dependiente	Medida de tratamiento	Equilibrio de nutrimentos a ingerir	Nominal 1= lleva dieta 2= no lleva dieta	Paciente
Apoyo familiar	Dependiente	Ayuda que da cada integrante de una familia	Disponibilidad de cada integrante de la familia para ayudarse entre si	Nominal 1= con apoyo 2= sin apoyo	Paciente
Percepción del Apego por el paciente	Independiente	Llevar a acabo alguna indicación o función	Vinculación afectiva intensa para proporcionar seguridad y bienestar	Nominal 1=si apego 2=no apego	Paciente

*** Información a recolectar incluyendo a las variables y la forma de operacionalizarlas.**

La recolección de la información se realizó con la utilización de un cuestionario estructurado de 25 ítems a los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a su control médico, al Consultorio 1 del Modulo de Diabetes. Consta de datos generales del paciente con valoración de los resultados por medio de medidas de tendencia central.

*** Métodos o procedimientos para captar la información.**

El procedimiento para la captación de la información se realizo por medio de un instrumento de 25 ítems con respuesta abierta y concreta (SI/NO), la cual fue aplicada por el médico investigador.

*** Prueba piloto.**

La prueba piloto se realizo con 40 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con más de un año de evolución que se asisten al Módulo de Diabetes, adscritos a la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional”, en el turno matutino, con su previa autorización para la realización del trabajo de investigación.

Se les otorgo un instrumento de 25 ítems con respuesta abierta, que no sufrió modificaciones, siendo claro y de fácil entendimiento por parte de los pacientes, quienes lo llenaron según indicaciones.

*** Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.**

1. Recursos humanos, el autor de la investigación, el profesor titular del curso de especialización médica, profesores-asesores, personal médico y de enfermería adscrito al consultorio 1 (Modulo de Diabetes).

2. Materiales, los instrumentos fueron impresos en hojas de papel bond blanco, tamaño carta, lápices, bolígrafos, computadora, unidad de almacenamiento portátil (USB), impresora, cartuchos de tinta.
3. Físico, el consultorio del Modulo de Diabetes y el área de somatometria asignada a este.
4. Financiamiento del estudio, a cargo del médico investigador.

✱ **Consideraciones éticas.**

"El consentimiento informado es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica".

En la sentencia del caso *Schloendorff vs. Society of New York Hospitals*, el juez Cardozo incluyó como principal argumento ético-jurídico el consentimiento informado, que constituye el correlato jurídico del principio de autonomía:

"Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar legalmente".

En México existe obligación de realizar un proceso de consentimiento informado que esté fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación para la salud.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica.²⁷

CAPITULO VII RESULTADOS

Los presentes datos son los resultados obtenidos posterior a la aplicación del instrumento a la población muestra, con un total de 58 mujeres y 43 hombres que acudieron a consulta médica al Modulo de Diabetes, en el periodo comprendido del mes de Septiembre-Octubre 2009.

Cuadro No. 1

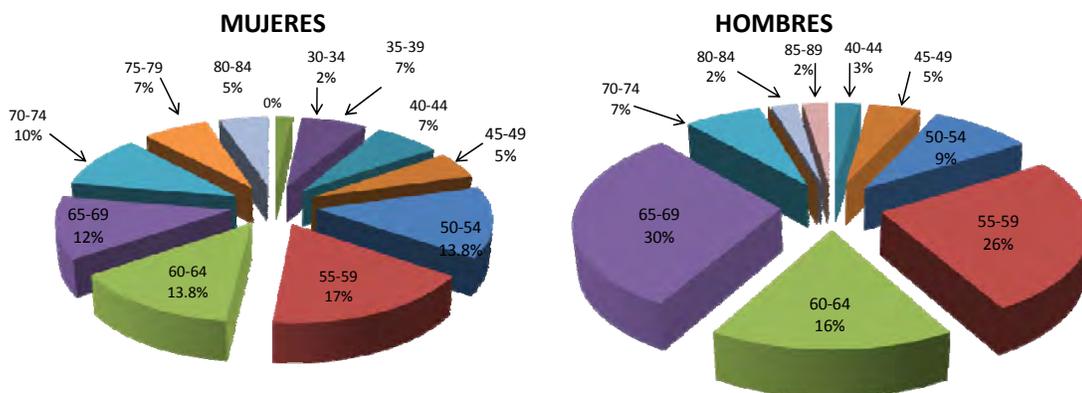
GRUPO DE EDAD (AÑOS)	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
30-34	1	1.7	0	0
35-39	4	7.0	0	0
40-44	4	7.0	1	2.3
45-49	3	5.1	2	5.0
50-54	8	13.8	4	9.3
55-59	10	17.2	11	25.5
60-64	8	13.8	7	16.2
65-69	7	12.0	13	30.2
70-74	6	10.3	3	6.9
75-79	4	7.0	0	0
80-84	3	5.1	1	2.3
85-89	0	0.0	1	2.3
TOTAL	58	100	43	100

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes.



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 1
GRUPOS DE EDAD



Se puede observar en la comparación de ambas graficas que existe una similitud en el porcentaje de pacientes que respondieron a la encuesta, en los grupos de edad de 50 a 69 años de edad, habría que valorarse el porque de la predisposición de asistencia a consulta.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Cuadro No. 2

ESCOLARIDAD	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
PRIMARIA	18	31.0	11	25.5
SECUNDARIA	12	20.6	9	20.9
PREPARATORIA	4	7.0	8	18.6
LICENCIATURA	22	38.1	12	28.0
LICENCIATURA TRUNCA	2	3.4	3	7.0
TOTAL	58	100	43	100

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes.

Como se observa en la tabla y grafico número 1, la asistencia a la consulta del Modulo de Diabetes de mujeres, es de 58 a comparación de 43 hombres. Del total de mujeres el 38.0% (22) tienen licenciatura terminada, los hombres con un 28.0% de licenciatura terminada y un 25.5% con primaria.

Cuadro No. 3

OCUPACION	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
EMPLEADO (A)	9	15.5	17	39.5
HOGAR	32	55.2	0	0.0
PROGRAMADOR	1	1.7	0	0.0
MAESTRO (A)	7	12.1	4	9.3
ABOGADO (A)	1	1.7	0	0.0
JUBILADO (A)	6	10.3	11	25.6
PENSIONADO (A)	1	1.7	9	21.0
SECRETARIA	1	1.7	0	0.0
DESEMPLEADO	0	0.0	2	4.6
TOTAL	58	100	43	100

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

En el cuadro no. 3 se muestra que el 55.2% de las mujeres se dedican al hogar como actividad laboral principal y el 39.5% de los hombres son empleados lo que está relacionado para acudir a sus controles médicos.

Cuadro No. 4

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2				
AÑOS	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
01—05	15	25.9	7	16.2
06—10	13	22.4	13	30.2
11—15	11	19.0	11	25.6
16—20	14	24.1	10	23.3
17—25	5	8.6	2	4.7
TOTAL	58	100	43	100

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

En la correlación del tiempo de evolución-género como se muestra en el cuadro no. 4, el 25.9% de mujeres tiene de 01 a 05 años, mientras que los hombres el 30.2% se encuentra de 06-10 años.

Cuadro No. 5

ESTADO CIVIL	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
CASADO (A)	25	43.1	32	74.4
VIDUO (A)	14	24.1	4	9.3
UNION LIBRE	2	3.4	5	11.6
DIVORSIADO (A)	1	1.7	0	0.0
SOLTERO (A)	16	27.6	2	4.7
TOTAL	58	100	43	100

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 6

CONVIVENCIA	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SOLO	7	12.0	5	11.6
ESPOSO (A)	12	20.6	13	30.2
HERMANA	3	5.1	0	0.0
HERMANO	0	0.0	1	2.3
HIJO (S)	6	10.3	1	2.3
HIJA (S)	9	15.5	0	0.0
PADRE	0	0.0	1	2.3
MADRE	5	9.0	1	2.3
NIETOS (AS)	3	5.2	1	2.3
FAMILIARES	1	1.7	0	0.0
ESPOSO (A) + HIJOS	12	20.6	18	41.9
PAREJA	0	0.0	2	4.7
TOTAL	58	100	43	100

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

En el cuadro no. 5 y 6 el 43.1% de las mujeres y el 74.4% de los hombres se encuentran casados, mientras que el 27.6% de las mujeres son solteras. Y el 20.6 % de ellas viven con su esposo e hijos con un porcentaje del 41.8% para los hombres.

Cuadro No. 7

PREGUNTA # 1				
RESPUESTA COMPARATIVA				
¿ES LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 UNA ENFERMEDAD PARA TODA LA VIDA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	55	94.8	43	100
NO	3	5.2	0	0.0
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 8

PREGUNTA # 2				
¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS QUE USTED CONOCE PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
DIETA	24	18.4	22	24.2
EJERCICIO	9	7.0	13	14.3
PASTILLAS	51	39.2	33	36.2
INSULINAS	40	30.8	18	19.8
HOMEOPATIA	0	0.0	2	2.2
CONTROL MEDICO	6	4.6	3	3.3
TOTAL	130	100.0	91	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

El 100% de los hombre y el 94.8% de la mujeres sabe que la Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónico degenerativa (cuadro no. 7) y que el tratamiento médico más conocido por el paciente son las pastillas (39.2 % metformina, glibenclamida) en mujeres y 36.2% para hombres; la dieta queda con un 18.4% para mujeres y 24.2 % para hombres, como se puede observar en el cuadro no. 8.

Cuadro No. 9

PREGUNTA # 3 RESPUESTA COMPARATIVA				
¿USTED LLEVA A CABO UNA DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	53	91.4	28	65.1
NO	5	8.6	15	34.9
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 10

PREGUNTA # 3.1				
¿PORQUE SI LLEVAN A CABO UNA DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
POR SALUD	22	41.5	5	17.8
CONTROL GLICEMICO	16	30.2	14	50.0
INDICACION MEDICA	3	5.7	4	14.3
EVITAR COMPLICACIONES	5	9.4	1	3.6
ES NECESARIA	3	5.7	1	3.6
BUENA CALIDAD DE VIDA	4	7.5	3	10.7
TOTAL	53	100.0	28	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 11

PREGUNTA # 3.2				
¿PORQUE NO LLEVAN A CABO UNA DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
POR ECONOMIA	1	20.0	0	0.0
HACEN UNA SOLA COMIDA	2	40.0	0	0.0
NO LA LLEVO	1	20.0	3	20.0
ANTOJOS	0	0.0	2	13.3
POR TRABAJO	1	20.0	7	46.7
INDISCIPLINADO	0	0.0	1	6.7
NO TIENE DIETA	0	0.0	2	13.3
TOTAL	5	100.0	15	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

En los cuadros no. 9, 10 y 11 el 91.4% de mujeres llevan dieta de este el 41.5% es por salud y en los hombres es un 65.1%, de este un 50% es para mantener su salud.

Los pacientes que no llevan dieta es de 8.6% para mujeres del cual el 40% es por realizar una sola comida para toda la familia y de hombres que no llevan una dieta (34.9%), el 46.7% es debido a su trabajo.

Cuadro No. 12

PREGUNTA #4				
¿HACE CUANTO TIEMPO LE INDICARON UNA DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
NUNCA	4	7.0	7	16.2
MENOR 1 AÑO	6	10.3	11	25.6
01--05 AÑOS	27	46.6	13	30.2
06--10 AÑOS	11	19.0	7	16.2
11--15 AÑOS	6	10.3	3	7.0
16--20 AÑOS	2	3.4	2	4.7
21--25 AÑOS	2	3.4	0	0.0
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 13

PREGUNTA # 5				
¿QUIÉN LE INDICO SU DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
MEDICO	27	46.6	22	51.2
DIETISTA	20	34.5	10	23.2
OTRO	2	3.4	0	0.0
NINGUNO	4	6.9	6	14.0
MEDICO-DIETISTA	5	8.6	5	11.6
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 14

PREGUNTA # 6 RESPUESTA COMPARATIVA				
¿SABE USTED DE CUANTAS KILOCALORIAS ES SU DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	30	51.7	17	39.5
NO	28	48.3	26	60.5
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 15

PREGUNTA # 6.1				
¿SABE USTED DE CUANTAS KILOCALORIAS ES SU DIETA?				
KILOCALORIAS	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
1000-1100	1	3.3	1	5.9
1101-1200	10	33.3	3	17.6
1201-1300	1	3.3	1	5.9
1301-1400	4	13.3	1	5.9
1401-1500	7	23.3	6	35.3
1501-1600	2	6.7	2	11.7
1601-1700	0	0.0	1	5.9
1701-1800	5	16.7	1	5.9
1801-1900	0	0.0	1	5.9
TOTAL	30	100.0	17	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 16

PREGUNTA # 6.2				
¿POR QUÉ NO SABE USTED DE CUANTAS KILOCALORIAS ES SU DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
NO ACUDE A NUTRICION	4	14.3	1	3.8
NO HAY CONTROL CON DIETA	1	3.6	0	0.0
OLVIDO	8	28.5	10	38.4
NO SABEN CUANTIFICARLAS	4	14.3	0	0.0
NO LE COMENTARON (MED-DIET)	10	35.6	7	27.0
NO LA LLEVA	0	0.0	6	23.1
MAL INDICADAS	1	3.5	2	7.7
TOTAL	28	100.0	26	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

En los cuadros 12 al 16, el 46.6% de las mujeres y 30.2% de hombres la dieta se les indico entre 1 a 5 años. De estos el 46.6% de mujeres y el 51.2 % de hombres la indico el médico, y solo el 51.7% de ellas sabe de cuantas kilocalorías es su dieta (33.0% es de 1101-1200 Kcal); mientras que en los hombres un 60.5% no sabe de cuantas calorías es, el 38.4% refiere que se le menciono pero lo olvido.

Cuadro No. 17

PREGUNTA # 7				
¿CUMPLE USTED CON LAS INDICACIONES DE SU DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	37	63.8	21	48.8
NO	21	36.2	22	51.2
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 18

PREGUNTA # 7.1				
¿POR QUÉ SI CUMPLE CON LAS INDICACIONES DE LA DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
POR SALUD	31	83.8	12	57.1
CONTROL GLICEMICO	2	5.4	7	33.3
EVITAR COMPLICACIONES	2	5.4	0	0.0
INDICACION MEDICA	1	2.7	0	0.0
MEJOR CALIDAD DEVIDA	1	2.7	2	9.5
TOTAL	37	100.0	21	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 19

PREGUNTA # 7.2				
¿PORQUE NO CUMPLE CON LAS INDICACIONES?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
NO LA LLEVA	8	38.0	4	18.2
ANTOJOS	3	14.3	2	9.1
INDISCIPLINA	0	0.0	3	13.6
POR ECONOMIA	2	9.5	1	4.5
POR TIEMPO	1	4.8	3	13.6
POR TRABAJO	3	14.3	4	18.2
NO LE HAN INDICADO	4	19	4	18.2
VIVE SOLO	0	0.0	1	4.5
TOTAL	21	100.0	22	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Como se observa en los cuadros 17 al 19 el 63.8% de las mujeres cumple con las indicaciones de su dieta, de estas el 83.8% lo realiza por salud; en los hombres el 51.2% no cumple con las indicaciones porque no la lleva, por trabajo y no se la han indicado (18.2%).

Cuadro No. 20

PREGUNTA #8				
¿SABE USTED QUE ALIMENTOS NO DEBE CONSUMIR?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
AZUCAR	28	18.3	21	22.8
REFRESCO	15	10.0	8	8.7
CARBOHIDRATOS	38	24.8	18	19.6
CARNE ROJA	14	9.1	10	11.1
HARINAS	16	10.4	8	8.7
GRASAS	21	13.7	19	20.7
FRUTAS	11	7.2	4	4.3
SAL	3	2.0	0	0.0
YEMA	0	0.0	1	1.08
LECHE	5	3.3	2	2.1
ALCOHOL	1	0.6	1	1.0
CAFÉ	1	0.6	0	0.0
TOTAL	153	100.0	92	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Como se observa en el cuadro numero 20, los alimentos que no se ingieren en caso de mujeres el 24.8% es para carbohidratos; para los hombres las azucares representan el 22.8%, secundando los carbohidratos (19.5%).

Cuadro No. 21

PREGUNTA # 9 RESPUESTA COMPARATIVA				
¿SE OLVIDA ALGUNA VEZ DE LLEVAR SU DIETA?*				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	46	79.3	33	76.7
NO	12	20.7	10	23.3
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 22

PREGUNTA # 9.1				
¿PORQUE SE LES OLVIDA LLEVAR SU DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
ECONOMICO	1	2.2	3	9.1
ANTOJOS	9	19.5	2	6.1
FALTA DE HABITOS	9	19.5	7	21.2
POR TIEMPO	14	30.4	4	12.1
POR TRABAJO	11	24.0	10	30.3
NO LA LLEVA	1	2.2	4	12.1
NO TIENE MALESTAR	1	2.2	1	3.0
NO TIENE DIETA	0	0.0	2	6.0
TOTAL	46	100.0	33	100.0

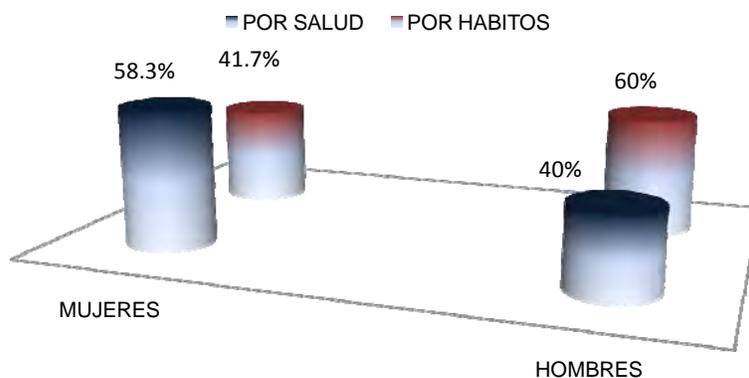
Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 2

PREGUNTA 9.2 ¿POR QUE NO OLVIDA LLEVAR SU DIETA?



Dentro de las causas por las que los paciente no olvidan llevar sus dietas, las mujeres es principalmente para mantener su salud y los hombres por el habito de seguir la dieta.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

En los cuadros no. 21-22 y grafico numero 2 se representa el olvido de llevar su dieta, un 79.3% para mujeres y 76.7% para hombres; en ellas es debido a falta de tiempo (30.4%), el 58.3% si la lleva para mantener su salud; en caso de los hombres no la llevan por trabajo (30.3%).

Cuadro No. 23

PREGUNTA # 10 RESPUESTA COMPARATIVA CUÁNDO SE ENCUENTRA BIEN ¿DEJA ALGUNA VEZ DE LLEVARLA?*				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	23	39.7	21	48.8
NO	35	60.3	22	51.2
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 24

PREGUNTA # 10.1 ¿PORQUE LA DEJA CUANDO SE ENCUENTRA BIEN?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
HIPOGLUCEMIAS	1	4.3	0	0.0
ANTOJOS	5	22.0	2	9.5
ESTAR ESTABLES	12	52.2	10	47.6
HAMBRE	1	4.3	0	0.0
POR TRABAJO	1	4.3	2	9.5
NO LLEVA	1	4.3	4	19
DEPRESION	1	4.3	0	0.0
FALTA DE HABITOS	1	4.3	0	0.0
POR TIEMPO	0	0.0	1	4.8
NO LE HAN INDICADO DIETA	0	0.0	2	9.5
TOTAL	23	100.0	21	100.0

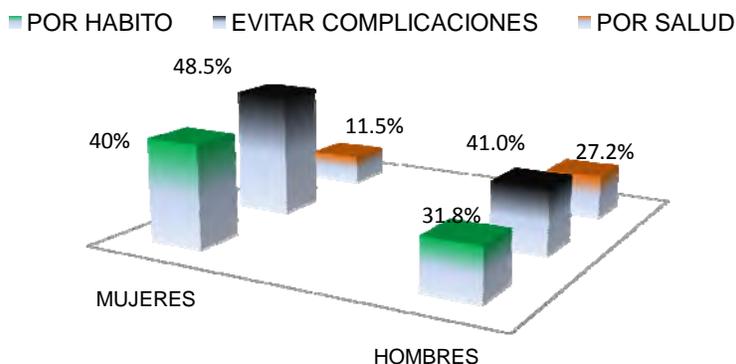
Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 3

PREGUNTA # 10.2 ¿POR QUE NO DEJAN DE LLEVAR LA DIETA?



Principalmente los pacientes coinciden que el seguir con la dieta les ayuda a evitar las complicaciones que la Diabetes Mellitus ocasiona, posteriormente la modificación de la dieta el convertirlo en un habito y conservar la salud.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Como se observa en los cuadros 23-24 y grafico 3, muestra que el 39.7% de la mujeres se descontrolan porque se encuentran estables (52.2%) las que cumplen (60.3%) es por evitar complicaciones (48.5%), en caso de los hombres el 51.2% no olvida llevarla cuando están estables para evitar complicaciones (41.0%), mientras que el 47.6% la deja.

Cuadro No. 25

PREGUNTA # 11 RESPUESTA COMPARATIVA LA MAYORÍA DE LA GENTE TIENE DIFICULTAD EN LLEVAR LA DIETA ¿TIENE USTED DIFICULTAD PARA LLEVARLA A CABO?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
SI	35	60.3	21	48.8
NO	23	39.7	22	51.2
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 26

PREGUNTA # 11.1				
¿PORQUE TIENEN DIFICULTAD PARA LLEVAR LA DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
POR TRABAJO	6	17.1	4	19.0
FALTA DE HABITOS	16	45.7	10	47.6
POR TIEMPO	3	8.6	2	9.5
ECONOMICO	4	11.4	3	14.3
ANTOJOS	6	17.1	1	4.8
DESCONOCE ALIMENTOS	0	0.0	1	4.8
TOTAL	35	100.0	21	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 27

PREGUNTA # 11.2				
¿PORQUE NO TIENEN DIFICULTAD PARA LLEVAR LA DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
POR HABITOS	15	65.2	10	45.5
POR SALUD	4	17.4	6	27.3
EVITAR COMPLICACIONES	1	4.3	4	18.2
NO TIENE DIETA	1	4.3	1	4.5
POR INDICACION MEDICA	2	8.7	1	4.5
TOTAL	23	100.0	22	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

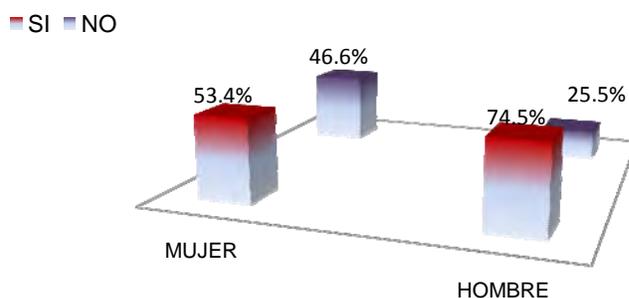
En los cuadros 25 al 27 muestra que los pacientes tienen dificultad para llevar la dieta, ya que el 60.3% de las mujeres lo hace principalmente por la falta de hábitos (45.7%), a diferencia de los hombres (51.2%) que no tienen dificultad y es por hábitos alimenticios (45.5%).



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SUTRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 4

PREGUNTA # 12 ¿LE APOYA SU FAMILIA PARA LLEVAR ADECUADAMENTE SU DIETA?
RESPUESTA COMPARATIVA



En este grafico se visualiza que casi el 53.4% de las mujeres es apoyada por familia para llevar adecuadamente su dieta, mientras que el 74.5% de los hombres reciben apoyo familiar, siendo superior al de las mujeres.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Cuadro No. 28

PREGUNTA # 12.1 ¿PORQUE LE APOYA SU FAMILIA PARA LLEVAR ADECUADAMENTE SU DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
SON QUERIDOS	16	51.6	13	40.6
ACUERDO DE APOYO	1	3.2	1	3.1
INTERES EN SU SALUD	14	45.2	18	56.3
TOTAL	31	100.0	32	100.0

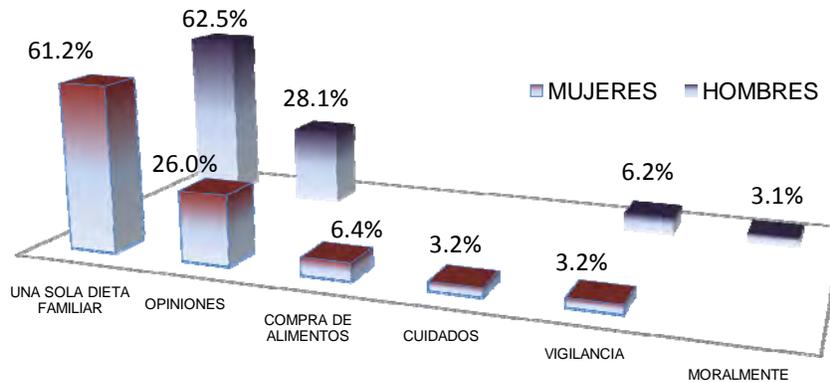
Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO DE LA CLINICA EN MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 5

PREGUNTA # 12.2 COMO APOYA LA FAMILIA CON LA DIETA



Las formas en que la familia apoya a sus familiares es el mantener una misma dieta , en este caso la que se le indico el paciente; para todos.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

En el cuadro numero 28 y gráficos 4-5, el 53.4% de las mujeres son apoyadas por su familia refiriendo que son querida por ellos (51.6%), y aceptan que se realice una sola preparación de alimentos (61.2%) acorde al tratamiento dietético; mientras los hombres el 56.3% lo hacen por interés en su salud con una sola dieta (62.5%).

Cuadro No. 29

PREGUNTA # 13 RESPUESTA COMPARATIVA ¿SU FAMILIA LE AYUDA A CUIDARSE?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	41	70.7	36	83.7
NO	17	29.3	7	16.3
TOTAL	58	100.0	43	100.0

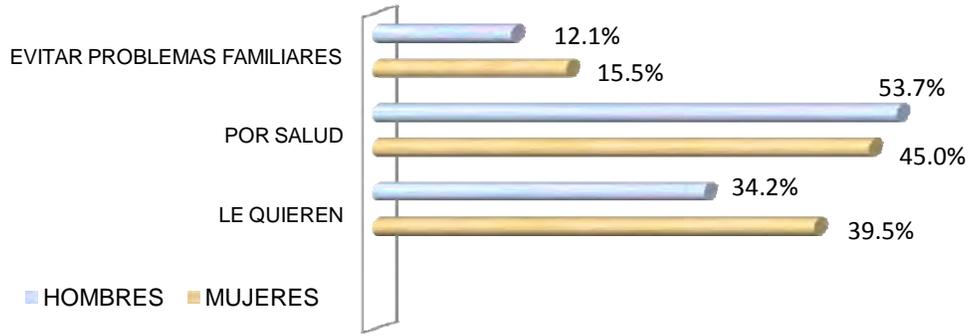
Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 6

PREGUNTA# 13.1
POR QUE LE AYUDA LA FAMILIA A CUIDARSE.



Dentro del apoyo que la familia realiza para su cuidado de los pacientes que acuden al Modulo de Diabetes, es por que los quieren y para mantener su salud; por respuesta similar para ambos géneros.

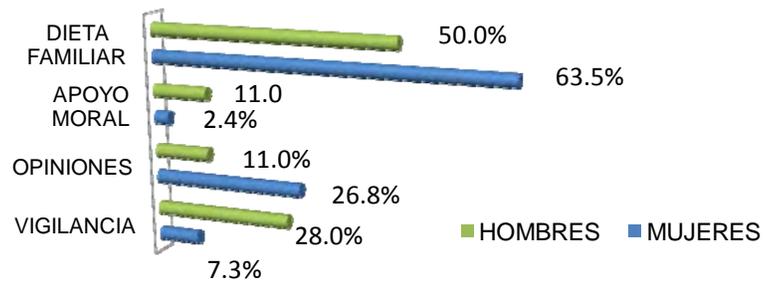
FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 7

PREGUNTA # 13.2
COMO AYUDA LA FAMILIA AL CUIDADO



La forma en que la familia ayuda al cuidado de sus familiares es por medio de mantener una sola dieta para toda la familia y dar sus opiniones respecto al propio cuidado que el paciente debe de tener para si mismo.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Cuadro No. 30

PREGUNTA # 13.3				
PORQUE NO AYUDA LA FAMILIA SU CUIDADO				
	MUJERES	PORCENTAJE	HOMBRES	PORCENTAJE
		%		%
NO HAY CONVIVENCIA	1	5.9	2	28.6
POR TRABAJO	3	17.6	1	14.2
VIVE SOLO	3	17.6	2	28.6
FALTA DE INTERES PERSONAL	6	35.3	2	28.6
DIFERENTES DIETAS	3	17.6	0	0.0
POR TIEMPO	1	5.9	0	0.0
TOTAL	17	100.0	7	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

La familia del paciente diabético le ayuda en su cuidado en un 83.7% para hombres como se observa en los cuadros no. 29-30 y gráficos 6 y 7, las mujeres reciben ayuda para su cuidado en un 70.7%, del cual el 43.9% es por salud, en mujeres y en hombres es el 52.7%. El 29.3% de las mujeres y el 16.2% de los hombres no son apoyados por su familia para cuidarse de esto el 35.3% en caso de las mujeres es por falta de interés por ella, y el 28.6% de los hombres no tienen convivencia familiar, vive solo y hay falta de interés personal. Las funciones básicas de cuidado y afecto de ambos géneros se cumplen en más del 70%.

Cuadro No. 31

PREGUNTA # 14 RESPUESTA COMPARATIVA				
¿SU FAMILIA SE INTEGRA A SU DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE	HOMBRES	PORCENTAJE
		%		%
SI	32	55.1	21	48.8
NO	26	44.8	22	51.1
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 32

PREGUNTA # 14.1				
PORQUE SE INTEGRA LA FAMILIA A SU DIETA				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
COMEN UNA MISMA DIETA	12	37.5	7	33.3
BAJAN DE PESO	1	3.1	1	4.8
POR INTERES	5	15.6	1	4.8
POR SALUD	12	37.5	9	42.8
EN OCASIONES	2	6.3	3	14.3
TOTAL	32	100.0	21	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

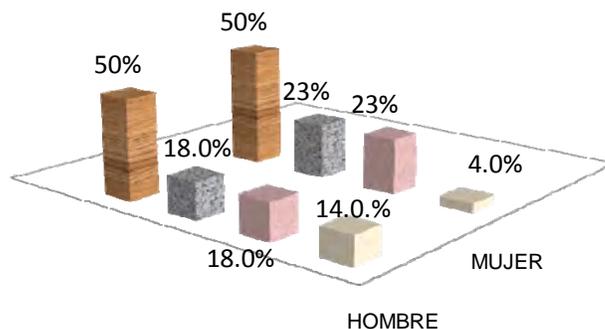


PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 8

PREGUNTA # 14.2
PORQUE NO SE INTEGRA LA FAMILIA A LA DIETA

■ ESTAN SANOS ■ VIVE SOLO ■ OTRA DIETA ■ NO TIENE DIETA



Como se observa no todas las familias se integran a la dieta del paciente lo cual es principalmente por que ellos están sanos o llevan acabo otra dieta a la establecida para su familiar.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Los cuadros numero 31-32 muestra la integración familiar a la dieta, solo el 55.1% de mujeres y el 48.8% de hombres la familia se integra, ya que ingieren la misma dieta (37.5% mujeres) y por salud (37.5% mujeres y 42.8 % hombres).

La familia que no se integra (mujeres 44.8% y hombres 51.2%) coinciden con un 50% en ambos géneros ya que están sanos y no hay necesidad de cambiar sus hábitos dietéticos como se muestra en el grafico 8.

Cuadro No. 33

PREGUNTA # 15				
¿COMO CONSIDERA USTED QUE SON LAS RELACIONES FAMILIARES PARA AYUDARLO CON SU TRATAMIENTO DIETETICO?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
MUY BUENAS	6	10.3	8	18.6
BUENAS	33	56.7	30	69.8
REGULARES	8	13.8	1	2.3
MALAS	8	13.8	2	4.6
NO EXISTEN	3	5.1	2	4.6
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

El cuadro no. 32 muestra la percepción del paciente hacia las relaciones familiares, siendo buenas en un 56.7% para mujeres y 69.8% para hombres.

Cuadro No. 34

PREGUNTA # 16 RESPUESTA COMPARATIVA				
¿ASISTE A SUS CONSULTAS DE CONTROL?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
SI	53	91.4	36	83.7
NO	5	8.6	7	16.3
TOTAL	58	100.0	43	100.0

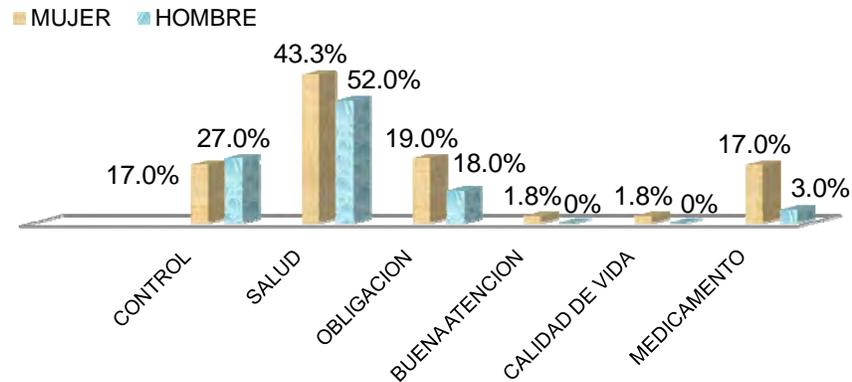
Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 9

PREGUNTA # 16.1
¿PORQUE SI ACUDE A SU CITA MEDICA?



El motivo por el que acude el paciente diabético a su control al Modulo de Diabetes es principalmente para mantener su salud, su control por obligación y para solicitar medicamentos para su tratamiento.

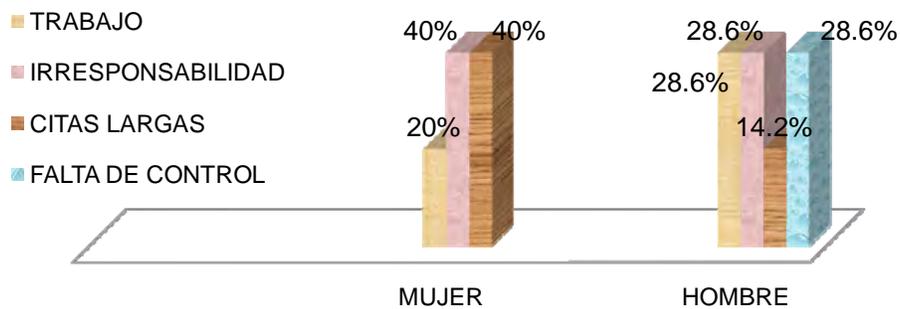
FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 10

PREGUNTA # 16.2
PORQUE NO ACUDE A CITA MEDICA



Las causas por las que el paciente no acude a su control diabético es por irresponsabilidad, falta de control con el tratamiento previo y citas programadas largas principalmente para ambos géneros.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

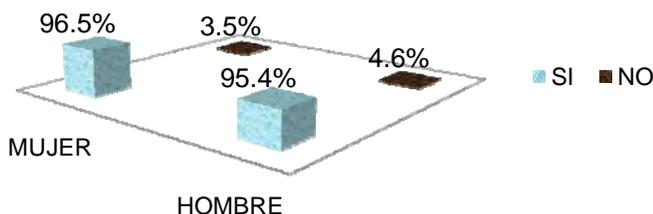
En el cuadro no. 34 y gráficos 9-10, los pacientes (mujeres 91.4%, hombres 83.7) acuden a controles médicos para mantener su salud (43.3% mujeres y 52.7% de hombres). El resto de la muestra que no acude (mujeres 8.6% y hombres 16.3%) es por irresponsabilidad (40.0% mujeres y 28.6% hombres), citas largas (40% mujeres) y por su trabajo (28.6% hombres).



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 11

PREGUNTA # 17
¿COMPRENDE LAS INDICACIONES MEDICAS DE SU TRATAMIENTO DIETETICO?
RESPUESTA COMPARATIVA



En el grafico se observa que mas del 95% para ambos géneros comprenden las indicaciones de su tratamiento cuando se les comentan en su cita medica.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Cuadro No. 35

PREGUNTA # 17.1 PORQUE COMPRENDE LAS INDICACIONES				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
ADECUADA ATENCION MEDICA	33	59.0	24	58.5
POR SALUD	7	12.5	7	17.1
RESPONSABILIDAD AL TX	12	21.4	7	17.1
MIEDO A HOSPITALIZACION	1	1.8	1	2.4
APOYO PARA EL CONTROL	3	5.3	2	4.9
TOTAL	56	100.0	41	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 36

PREGUNTA # 17.2 PORQUE NO COMPRENDE LAS INDICACIONES				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
OLVIDO	2	100.0	0	0.0
NO PONE ATENCION	0	0.0	1	50.0
IRREGULARIDAD EN ASISTENCIA A CITAS	0	0.0	1	50.0
TOTAL	2	100.0	2	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Los cuadros 35-36 y grafico numero 11 muestra que el 96.5% de mujeres y el 95.4% de hombres comprenden las indicaciones que se les da y ambos géneros coinciden que es por una adecuada atención medica (59.0% mujeres y 58.5% hombres).

Cuadro No. 37

PREGUNTA # 18 RESPUESTA COMPARATIVA ¿SU MÈDICO LE ORIENTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LLEVAR ADECADAMENTE SU DIETA?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
SI	57	98.3	42	97.6
NO	1	1.7	1	2.4
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 38

PREGUNTA # 18.1 PORQUE ORIENTA EL MEDICO EN LLEVAR SU DIETA				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
POR SALUD	25	43.8	26	62.0
INTERES	22	38.6	7	16.7
PROFESIONALISMO	10	17.5	8	19.0
MEJOR CALIDAD DE VIDA	0	0.0	1	2.3
TOTAL	57	100.0	42	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

En los cuadros no. 37-38 los resultados de la investigación muestran que el 98.3% de mujeres y el 97.6% de hombres refieren que reciben orientación en cada consulta médica, con una perspectiva de que el médico lo realiza para mantener su salud (43.8% mujeres y 62.0% hombres).

Cuadro No. 39

PREGUNTA # 19				
¿COMO CREE USTED QUE SE LOGRA LLEVAR ADECUADAMENTE LA DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
BAJO CONTROL MEDICO	8	13.7	3	6.9
DISCIPLINA	22	37.0	24	56.0
CONSTANCIA	8	13.7	6	14.0
HABITOS ALIMENTICIOS	9	15.5	5	11.6
ACEPTAR LA ENFERMEDAD	5	9.0	0	0.0
APOYO FAMILIAR ECONOMICO	2	3.4	2	4.6
ECONOMICO	2	3.4	0	0.0
ORIENTACION NUTRICIONAL	2	3.4	2	4.6
NO LLEVA	0	0.0	1	2.3
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 40

PREGUNTA # 20				
¿CÓMO HA SIDO SU EXPERIENCIA AL LLEVAR A CABO LA DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
MUY BUENA	5	8.6	4	9.3
BUENA	33	56.9	21	48.8
REGULAR	2	3.4	4	9.3
MALA	7	12.1	3	7.0
SATISFACTORIA	5	8.6	2	4.7
NO SE DIFICIL	1	1.7	1	2.3
DIFICIL	4	6.9	0	0.0
NO LA LLEVO	1	1.7	8	18.6
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Los resultados que se representan en los cuadros numero 39-40, muestra de que es necesaria tener una disciplina (37% mujeres y 56.0% hombres), aunado a una buena experiencia (mujeres 56.9% y hombres 48.8%) de seguir con el tratamiento.

Cuadro No. 41

PREGUNTA # 21				
¿QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO AL REALIZAR LA DIETA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
DESCONTROL GENERAL	4	6.9	2	4.6
ALTERACIONES EN EL SABOR	1	1.7	0	0.0
ADAPTACION	1	1.7	0	0.0
HAMBRE	10	17.2	9	21.0
FALTA DE CONTROL	0	0.0	0	0.0
CAMBIOS DE ANIMO	2	3.4	0	0.0
NINGUNA	40	69.0	27	62.8
NO LLEVO	0	0.0	2	4.6
NO SE	0	0.0	3	7.0
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

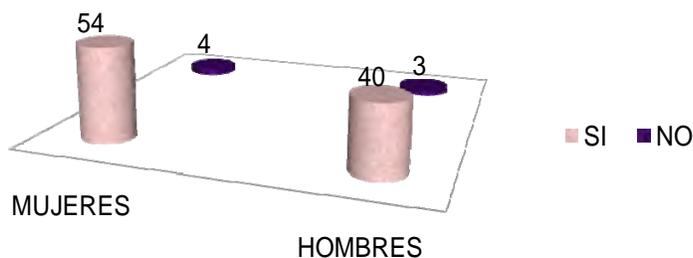
El cuadro numero 41, muestra que el 69.0% de mujeres y el 62.8% de hombres refieren no tener alguna molestia o efecto secundario por su dieta.



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 12

PREGUNTA# 22 ¿SABE USTED CUALES SON LAS COMPLICACIONES QUE CON EL TIEMPO PRODUCE LA D.M. T 2
RESPUESTA COMPARATIVA



Aproximadamente mas del 90% para ambos géneros ,conocen cuales son las complicaciones agudas y/o crónicas que padece el paciente diabético según su estado hemodinámico.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Cuadro No. 42

PREGUNTA # 22.1				
COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
OFTALMOPATIAS	28	29.5	34	29.0
NEFROPATIAS	24	25.3	28	24.0
MUERTE	2	2.1	1	0.8
DISMINUCION DE PESO	0	0.0	1	0.8
ODONTOPATIAS	2	2.1	0	0.0
HIPOGLUCEMIAS	0	0.0	1	0.8
VASCULOPATIAS	7	7.4	8	6.7
DISLIPIDEMIAS	0	0.0	1	0.8
ALTERACION SISTEMICA	10	10.5	7	6.0
HEPATOPATIA	1	1.0	3	2.5
PIE DIABETICO	7	7.4	8	6.7
HIPERGLUCEMIA	0	0.0	3	2.5
AMPUTACIONES	5	5.3	7	6.0
NEUROPATIAS	5	5.3	3	2.5
H. A. S.	1	1.0	2	1.7
INMUNOSUPRESION	1	1.0	10	8.4
DAÑO PANCREATICO	2	2.1	0	0.0
COMA	0	0.0	1	0.8
TOTAL	95	100.0	118	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 43

PREGUNTA # 22.2				
COMO SABE DE LAS COMPLICACIONES QUE PRODUCE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
EXPLICACION MEDICA	30	55.6	19	47.5
EXPERIENCIA	12	22.2	6	15.0
AUTOCUIDADO	4	7.4	0	0.0
INVESTIGACION PERSONAL	8	14.8	15	37.5
TOTAL	54	100.0	40	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Cuadro No. 44

PREGUNTA # 22.3				
POR QUE NO CONOCE DE LAS COMPLICACIONES QUE PRODUCE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
NO SE	1	25.0	1	33.3
NO ME ACUERDO	2	50.0	2	66.7
NADIE MAS TIENE DM2	1	25.0	0	0.0
TOTAL	4	100.0	3	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Como se representa en los cuadros 42 a 44 y grafico numero 12, representando 54 mujeres de la muestra y 40 de los hombres saben de las complicaciones, las más conocidas son oftalmopatía (29.5% mujeres y 29.0% hombres) y en segundo lugar nefropatía (25.3% mujeres y 24.0% hombres).

Cuadro No. 45

PREGUNTA # 23 RESPUESTA COMPARATIVA				
¿CREE USTED QUE LLEVAR ADECUADAMENTE UNA DIETA LE AYUDARA A CONTROLAR SU ENFERMEDAD?				
	MUJERES	PORCENTAJE %	HOMBRES	PORCENTAJE %
SI	56	96.6	43	100.0
NO	2	3.5	0	0.0
TOTAL	58	100.0	43	100.0

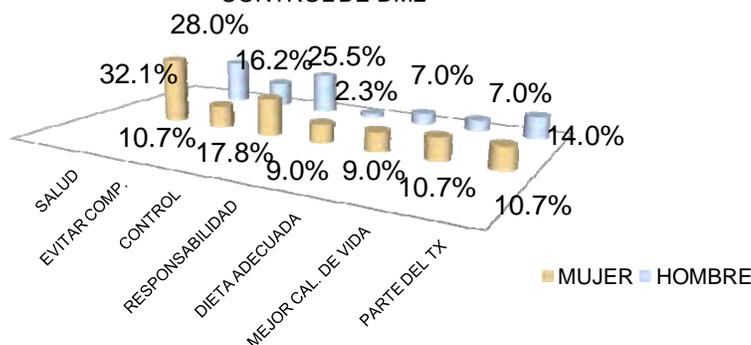
Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes



PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL"

GRAFICO 13

PREGUNTA # 23.1
PORQUE EL LLEVAR ADECUADAMENTE UNA DIETA LE AYUDARA PARA CONTROL DE DM2



La principal causa por la que los pacientes diabéticos llevan una dieta para su control, es debido en el caso de las mujeres un 32% lo hacen para tener una adecuada salud y para los hombres un 28% ; y para mantener el control en si un 18% para las mujeres y un 25.5% para los hombres.

FUENTE: INSTRUMENTO DE APLICACIÓN A PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CONSULTA DEL MODULO DE DIABETES

Los resultados del cuadro numero 45 y grafico 13 el paciente diabético sabe que seguir un apego a su tratamiento dietético (mujeres 96.6% y hombres 100%) es importante para el control de su metabólico, mantener su salud (mujeres 32.1% y hombres 28%) y prevención de complicaciones. Como también se mostro en los cuadros números 18, 23 y 29.

Cuadro No. 46

PREGUNTA # 24 ¿CUAL ES SU OPINIÓN DE LLEVAR UNA DIETA ESTABLECIDA?				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
HABITOS ALIMENTICIOS	4	6.9	2	4.7
SENTIRSE BIEN	15	25.9	6	14.0
POR SALUD	17	29.3	16	37.2
DIETA SEGÚN NECESIDADES	2	3.4	1	2.3
RESPONSABILIDAD	6	10.3	10	23.2
CALIDAD DE VIDA	8	13.8	2	4.7
DIETA RIGUROZA	5	8.6	6	14.0
APOYO MULTIDISCIPLINARIO	1	1.7	0	0.0
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

La opinión (cuadro no. 46) que tienen los paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 al llevar una dieta es con reiteración en seguirla por salud (mujeres 29.3% y hombres 37.2%), sentirse bien (mujeres 25.9%) y por responsabilidad personal (hombres 23.2%).

Cuadro No. 47

PREGUNTA # 25				
QUE ES LO QUE USTED ESPERA AL LLEVAR A CABO UNA DIETA				
	MUJER	PORCENTAJE %	HOMBRE	PORCENTAJE %
MANTENER LA SALUD	29	50.0	19	44.2
BUENA CALIDAD DE VIDA	16	27.6	10	23.2
ESTAR CONTROLADO	10	17.2	12	28.0
DISMINUIR MEDICAMENTOS	1	1.7	0	0.0
PARTICIPACION FAMILIAR	1	1.7	0	0.0
DIETA "RICA"	1	1.7	0	0.0
ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD	0	0.0	1	2.3
HABITOS ALIMENTICIOS	0	0.0	1	2.3
TOTAL	58	100.0	43	100.0

Fuente: Instrumento de aplicación a pacientes Diabéticos tipo 2 de la consulta del Modulo de Diabetes

Para la implementación de cualquier tratamiento (cuadro no. 47) sobretodo uno no farmacológico como la dieta es necesario conocer cuál es la percepción del paciente sobre este, así como hacerlo consciente de que espera al seguirla concorde a sus necesidades y características individuales; tomando en consideración que mantener la salud (mujeres 50.0% y hombres 44.2%), tener una buena calidad de vida (mujeres 27.6%) así como estar controlado de sus niveles glucemicos (hombres 28.0%) es lo más importante para el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El mayor porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentran en etapa productiva, predominando las mujeres como menciona Méndez López³⁴, (la mayoría está en etapa económicamente productiva con sus respectivas implicaciones sociales y financieras), con una evolución clínica de 5 años aproximadamente, como lo refiere Bello A.¹²

Los pacientes encuestados reconocen que el llevar una dieta como tratamiento es bueno, ya que se mantiene una adecuada relación médico – paciente, y permite la orientación que les ayuda a modificar hábitos alimenticios y controlar los niveles de glucosa en sangre, pero simultáneamente mencionan que es difícil el apegarse a tal indicación, como lo muestra los resultados obtenidos. Los factores relacionados refiere Álvarez-J³¹ están relacionados con la patología crónica y la ausencia de síntomas que conducen a incumplimiento, tiempo de evolución, expectativas de curación, también relacionadas con el tratamiento, falta de efectividad, hábitos y costumbres del paciente, así como relacionados con el equipo de salud como confianza recíproca, accesibilidad y la no contraindicación de terapéuticas.

Como hace referencia la autora Castro Sánchez⁷, donde la dieta se vive como una imposición corporal, familiar y económica a la cual los pacientes se resisten o desafían ya sea abandonándola o aceptándola. La cual realiza un estudio cualitativo con 34 pacientes por entrevista semi-estructurada en Monterrey, se valoró la experiencia sobre la dieta, cambio de alimentos; con resultados de una dieta rigurosa afecta la permanencia alimentaria, división de la familia en diabéticos y no diabéticos. Como congruencia en los resultados donde el 50% de 44.8% de mujeres y hombres 51.2% no aceptan la dieta por estar sanos, a pesar de que predomina la integración familiar a la dieta (mujeres 55.1% y 48.8% de hombres con un total de 58 mujeres y 43 hombres)

El autor Arceaga, realizó un estudio para evaluar el efecto de la educación participativa comparada con la tradicional sobre la adherencia al tratamiento con una muestra con conveniencia de 202 pacientes, valorando el conocimiento de la enfermedad, complicaciones, tratamiento dietético, autocontrol y apoyo familiar con resultados de un 54.46% en la educación tradicional y un 15.84% en la participativa, con complicaciones más frecuentes de neuropatía (12.8%) y retinopatía (8.9%). En

comparación con los resultados obtenidos en esta investigación son diferentes a los del autor, con un 29.5% para oftalmopatías y 25.3% para nefropatías.

Como Duran²⁶ y Mendoza Vázquez³⁵ mencionan, el tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo en la aparición de complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que es recomendable un control estricto de la terapéutica dietética que se ha indicado, sobre todo que sea individualizada y que el médico la indique en forma adecuada concorde a sus necesidades y características.

La aplicación de EATDM-II²⁹ a 59 pacientes de Costa Rica señala que el apoyo que reciben las familias constituye un factor de protección para la adherencia al tratamiento por parte del paciente, el desarrollo de auto cuidado y prevención de complicaciones, al igual que los resultados de esta investigación ya que el paciente refiere que quiere mantener la salud (50.0% mujeres y 44.2% hombres).

Es necesario concientizar al paciente diabético y su familia de la importancia de su enfermedad, así como la identificación de problemas emocionales, sociales y familiares que influyen directamente en su evolución; para lograr un adecuado manejo terapéutico, mejorar su calidad de vida como individuo y familia siendo la red de apoyo más importante para mantener las funciones de afecto y cuidado.^{13,40,41}

Como menciona López Hernández⁴³, se debe de tomar en consideración programas que sean realizados en diferentes países, ya que con esto se puede fortalecer y/o mejorar las estrategias y programas de salud para obtener una efectividad en el apego al tratamiento dietético individualizado y familiar con un enfoque multidisciplinario, adecuado seguimiento en todos los niveles de atención medica por medio de la historia clínica electrónica, que tanto el paciente y la familia tenga acceso a educación diabetologica y asociaciones, etc.

CAPITULO IX CONCLUSIONES.

Los resultados de la investigación concuerdan con otros estudios con relación en la dificultad para el seguimiento y mantenimiento de una terapéutica establecida por el médico.

El apego al tratamiento dietético nos ayuda a valorar un adecuado control de la evolución clínica del paciente, tomando en consideración la alianza terapéutica entre el paciente y el médico para lograr un mejor éxito.

Por lo que el apego a la dieta, el autocuidado por parte del paciente y las relaciones de apoyo (cuidado y afecto) que la familia da, ejercen una fuerza de unión para mantener el rol terapéutico que el médico junto con todo el personal de salud.

Por lo tanto es importante considerar que para que el tratamiento de un paciente diabético tipo 2 tenga un adecuado éxito considerando su percepción al apego, debe de ser multidisciplinario tomando en consideración a la familia, especialidades médicas, enfermería, trabajo social, nutriólogos, rehabilitadores físicos, etc.

Tomando en consideración que uno de los aspectos que tiene importancia para la perspectiva del paciente es el económico como se observo en los resultados; ya que están fuera de su alcance, se incrementa el costo al preparar varias dietas; por lo que es necesario que la dieta se base en alimentos concorde a la posibilidad económica familiar.

Si el paciente diabético tipo 2 no llega a un control metabólico adecuado y apego a su tratamiento terapéutico indicado (dieta) así como modificar la percepción, a través del apoyo familiar el riesgo de repetición del patrón de esta enfermedad se incrementa con cada descendencia.

Así mismo aparecen interrogantes por resolver para una mejor integración terapéutica:

1. ¿El médico familiar es capaz de realizar en forma individual la cuantificación de kilocalorías necesarias para cada paciente según sus necesidades calóricas?

2. ¿Que formas de aprendizaje se pueden utilizar para que el paciente pueda entender y comprender la importancia de su enfermedad que esté al alcance del médico familiar y del equipo de salud?
3. ¿Que hace falta a los programas de salud para mejorar y lograr mayor éxito en las metas propuestas?
4. ¿Será posible que se puedan implementar actividades educativas en esta unidad médica con interrelación paciente-familia-equipo de salud?

CAPITULO X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Medicina Familiar Mexicana, 2005.
2. Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega MA, Quiroz-Pérez JR, Rodríguez-López JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Definiciones y conceptos de familia. ETM 2008: 35-50.
3. Diccionario de la Lengua Española 19º ed. Madrid, Espasa Calpe, 1970.
4. Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega MA, Quiroz-Pérez JR, Rodríguez-López JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Funciones de la familia. ETM 2008: 73-85.
5. Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega MA, Quiroz-Pérez JR, Rodríguez-López JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Impacto de la enfermedad en la familia. ETM 2008: 221-242.
6. Bustos-Saldaña R, Barajas-Martínez A, Lopez-Hernandez G, Sánchez-Novoa E, Palomera-Palacios R, Islas-García J. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Arch Med Fam 2007; Vol 9 (3):147-1
7. Castro-S AE. La Nutrición Como Ruptura Cultural: La Experiencia De Los Adultos Con Diabetes Mellitus Tipo 2. Inv. en Salud 2007; Vol IX (1): 26-33.
8. Tejada-T LM, Grimaldo-M BE, Maldonado-R O. Percepciones de Enfermos Diabéticos y Familiares Acerca Del Apoyo Familiar y El Padecimiento. Rev. Salud Pub. y Nutr. 2006; Vol 7 (1):1-9.
9. Gobierno del Estado de Nuevo León (2004). Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009. Revisado el 22 de agosto de 2008. Disponible en: <http://www.nl.gob.mx>
10. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006
11. Froján-Parga MJ, Rubio-Llorente R. Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulino dependiente. Psicothema 2004; Vol 16 (4): 548-554
12. Bello-A M, Molina-N S. Baja Adhesividad de los Usuarios Diabéticos en Relación a su Tratamiento. Tendc en Sal Públ: Sal Fam y Com y Prom Osorno, Marzo - Mayo del 2007

13. Oviedo-M MA, Espinosa-L F, Reyes-M H, Trejo-P JA, Gil-V E; Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S27-S46
14. American Diabetes Association. Nutrition principles and recommendations in diabetes. Diabetes care. 2004; Vol 27 (suppl1):s36-s46
15. National nutrition committee, Canadian diabetes association. Guidelines for the nutritional management of diabetes mellitus in the new millennium. Canadian Journal of Diabetes care. 2004; Vol 23 (3): 56-69
16. Diabetes and nutrition study group (DNSG) of the European association for the study of diabetes (EASD) evidence based nutritional approaches to treatment and prevention of diabetes mellitus. Nut Metab Cardiovasc dis. 2004: 373-394
17. Alfaro J, Simal A, Botella F. Tratamiento de la diabetes mellitus. Sist Nac de Salud 2000; Vol 24 (2); 33-43
18. International Consensus on the Diabetic Foot. Interactive Version by The International Working Group on the Diabetic Foot a consultative section of the International Diabetes Federation 2003. Revisado: 20 de agosto de 2008. Disponible en: <http://www.iwgdf.org/concensus/content.htm>
19. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 30; 2007: S42-47S.
20. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Management of Diabetes Mellitus Endocr Pract. 2007; 13 Suppl 1
21. Norma Oficial Mexicana, Nom-015-SSA2-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria"
22. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. Rev Mex Patol Clin 2001; Vol 48, Núm 2: 83-109
23. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS; 2004
24. Peel E: "Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes". J of Health Psy 2005; Vol 10 (6): 779-791
25. Gaytán-Hernández AI, García de Alba-García JE. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (2): 113-120
26. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Sal Públ de Méx 2001; Vol 43 (3): 233-236.

27. Rodríguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía-Miranda C, Hernández-Santiago JL, Martínez-Bermúdez M: Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. Revista Médica IMSS 2003; Vol 41 (3): 211-220
28. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Arch Med Fam 2007; Vol 9 (2): 80-86
29. Villalobos-Pérez A, Brenes-Sáenz JC, Quirós-Morales D, León-Sanabria G. Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2-versión III (EATDM-III ©) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. Act. Colom de Psic 2006; Vol 9 (2): 31-38
30. Quirós-Morales D, Villalobos-Pérez A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2 entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica Universidad Psicología Bogotá (Colombia) 2007; Vol 6 (3): 679-688
31. Álvarez-J, Arroyo-J, Ávila-L, Aylan-R, Gangoso-A, Martínez-H, et. al. Servicio Madrileño de Salud. Adherencia Terapéutica: Estrategias Prácticas de Mejora. Sal Mad 2006; Vol 13 (8): 31-38.
32. Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d'informació terapèutica 2004; 16(3):9-14. Revisada el 20 de agosto de 2008. Disponible en:
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esbit304.pdf>
33. Peralta ML, Carbajal-Pruneda P. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua 2008; Vol 17 (3); 84-88
34. Méndez-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López JH, Navarrete-Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2 Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284
35. Mendoza-Vázquez F, Velázquez Monroy O, Martín MA, Pego Pratt U, Lara Esqueda A, Campero Marín EC, et. al, Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. Rev de End Nutr 2000; Vol 8 (1):5-13
36. Arcega-Domínguez A, Celada-Ramírez NA. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa *versus* educación tradicional. Rev Med IMSS 2008; Vol 46 (6): 685-690
37. Bustos-Saldaña R. Aprender para educar, una necesidad del médico de familia en la atención de los pacientes diabéticos. Rev Papeña Med Fam 2006; 3(3): 33-36
38. Danglot-Banck C, Gómez-Gómez M. Los hijos de madres diabéticas. Rev Mex Pediatr 2004; 71(5); 248-257

39. Lerman-Garber I, La atención del paciente mas alla del primer nivel de atención Sal Publ de Mex 2007; Vol 49 Num Esp: 99-103
40. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parkin HH, Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2003; 348:383-393
41. Pérez-Jáuregui J, Reza-Albarrán AI, González-Cardel AM, Olay-Fuentes G. Impacto de las Modificaciones ADA-2003 en la Prevalencia y Clasificación de Individuos con Diabetes Mellitus y Otras Categorías.
42. Rojas V, Sevilla D. Estudio de necesidades para la creación de un programa educativo para diabéticos. Med Fam 2004; Vol 12 (1); 23-26
43. López-Hernández JL, Morillo-Garay FO, Solas-Gaspar P, Muiña G: Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007– 2010 2007; 70-78.

CAPITULO XI

ANEXOS

A.- INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

PERCEPCION DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 A SU TRATAMIENTO DIETETICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL" ISSSTE.

INDICACIONES: Favor de marcar con una "X" la respuesta que considere adecuada y responder TODAS las preguntas según su opinión, sobre todo en donde se solicite el "PORQUE" de sus respuestas.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

MASCULINO _____ FEMENINO _____ EDAD _____ FECHA _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
TIEMPO DE EVOLUCION DE A DIABETES _____ ESTADO CIVIL _____
CON QUIEN CONVIVE _____

1. ¿Es la Diabetes Mellitus una enfermedad para toda la vida? SI _____ NO _____
2. ¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce para la Diabetes Mellitus?

3. ¿Usted lleva a cabo una dieta?
SI _____ PORQUE _____
NO _____ PORQUE _____
4. ¿Hace cuanto tiempo le indicaron una dieta? _____
5. ¿Quién le indico su dieta?
Médico _____ Dietista _____ Ninguno _____ Otro (especifique) _____
6. ¿Sabe usted de cuantas kilocalorías es su dieta?
SI _____ CUANTAS _____
NO _____ PORQUE _____
7. ¿Cumple usted con las indicaciones de su dieta?
SI _____ PORQUE _____
NO _____ PORQUE _____
8. ¿Sabe usted que alimentos no debe consumir?
SI _____ CUALES _____
NO _____ PORQUE _____
9. ¿Se olvida alguna vez de llevar su dieta?
SI _____ PORQUE _____
NO _____ PORQUE _____
10. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de llevarla?
SI _____ PORQUE _____
NO _____ PORQUE _____
11. La mayoría de la gente tiene dificultad en llevar la dieta ¿tiene usted dificultad para llevarla a cabo?
SI _____ PORQUE _____
NO _____ PORQUE _____

12. ¿Le apoya su familia para llevar adecuadamente su dieta?
 SI _____ PORQUE _____
 COMO _____
 NO _____ PORQUE _____
13. ¿Su familia le ayuda a cuidarse?
 SI _____ PORQUE _____
 COMO _____
 NO _____ PORQUE _____
14. ¿Su familia se integra a su dieta?
 SI _____ PORQUE _____
 NO _____ PORQUE _____
15. ¿Cómo considera usted que son las relaciones familiares para ayudarlo con su tratamiento? _____
16. ¿Asiste a sus consultas de control?
 SI _____ PORQUE _____
 NO _____ PORQUE _____
17. ¿Comprende las indicaciones médicas de su tratamiento dietético?
 SI _____ PORQUE _____
 NO _____ PORQUE _____
18. ¿Su médico le orienta sobre la importancia de llevar adecuadamente su dieta?
 SI _____ PORQUE _____
 NO _____ PORQUE _____
19. ¿Cómo cree usted que se logra llevar adecuadamente la dieta?

20. ¿Cómo ha sido su experiencia al llevar a cabo la dieta?

21. ¿Qué molestias ha presentado al realizar la dieta?

22. ¿Sabe usted cuales son las complicaciones que con el tiempo produce la diabetes?
 SI _____ PORQUE _____
 CUALES _____
 NO _____ PORQUE _____
23. ¿Cree usted que llevar adecuadamente una dieta le ayudara a controlar su enfermedad?
 SI _____ PORQUE _____
 NO _____ PORQUE _____
24. ¿Cuál es su opinión de llevar una dieta establecida?

25. ¿Qué es lo que usted espera al llevar a cabo una dieta?

B.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2009-2010												
ACTIVIDAD	ENE FEB	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC
Elaboración del protocolo	XXXX	XXXX XXXX										
Búsqueda de información	XXXX	XXXX XXXX										
Realización de marco teórico		XXXX XXXX	XX XX									
Realización de planteamiento del problema			XX XX									
Realización de justificación			XX XX									
Realización de objetivos			XX XX	XX XX								
Realización de metodología				XX								
Prueba piloto				XX XX								
Colección de información					XXX XXX							
Captura de datos						XXX XXX						
Análisis de datos							XXX XXX	XXX XXX				
Interpretación de resultados									XXX XXX			
Revisión y reporte final										XXX XXX		
Autorizaciones Impresión final										XXX XXX		
Solicitud de examen de tesis										XXX XXX		
Presentación de tesis											XXX XXX	

C.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____.
La meta de este estudio es _____

_____.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha