

19
205

11226



Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MOTIVACION PARA EL CAMBIO DE
ACTITUD EN EL PACIENTE CON DM II EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

T E S I S
PARA OBTENER EL POSGRADO EN:
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. ARTURO GUTIERREZ JARAMILLO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1993



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 está 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.

CONTENIDO

| | |
|---------------------------|----|
| I. - INTRODUCCION | 1 |
| II. - MARCO TEORICO | 4 |
| III. - DISEÑO DEL ESTUDIO | 12 |
| IV. - RESULTADOS | 16 |
| V. - CONCLUSIONES | 29 |
| VI. - SUGERENCIAS | 31 |
| VII. - BIBLIOGRAFIA | 32 |

MOTIVACION PARA EL CAMBIO DE
ACTITUD EN EL PACIENTE CON DM II
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No. 94.

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus, constituye un problema de salud pública mundial y no es solamente un problema médico sino también socio-económico que afecta la economía de los gobiernos de cada país.

En México es difícil establecer con certeza la incidencia de este padecimiento en la población general, ya que más de la mitad de los enfermos diabéticos no están declarados y el rastreo de estos pacientes que en general tienen una carga genética importante es prácticamente imposible.

A nivel mundial se estima que existen aproximadamente 40 a 50 millones de diabéticos conocidos, pero es posible que exista otro tanto igual de diabéticos no diagnosticados.

La alta incidencia de este padecimiento como es lógico se acompaña de altos índices de mortalidad así como morbilidad lo cual genera un alto número de incapacidades y de defunciones con gran repercusión económica y fuerte repercusión social. Si bien este padecimiento no es evitable si es posible su buen control para prevenir sus complicaciones agudas y retardar las crónicas, entre más pronto se efectúe un buen control, se tendrán mejores resultados.

Por lo tanto podemos afirmar que la tasa de mortalidad de los pacientes diabéticos es aproximadamente el doble que en los no diabéticos. Aquellos que adquieren la enfermedad antes de los 50 años pueden esperar una pérdida de cinco a diez años de vida y el promedio de longevidad es mayor en las mujeres que en los hombres.

Las principales causas de muerte de pacientes diabéticos son: enfermedades renales, cardíacas y cerebrales. La prevención de la micro y macroangiopatía están estrechamente relacionadas con la duración y control del desorden metabólico. El pronóstico no depende exclusivamente de la calidad y del control del metabolismo de la glucosa sino también de la corrección de los desordenes metabólicos -- frecuentemente asociados tales como HAS, obesidad, desordenes de los lípidos, un estado de vida adverso especialmente el hábito de fumar .

El tratamiento de la DM, es fácil y se basa en la educación del paciente diabético, algo que ya está ampliamente aceptado y promovido como parte del tratamiento integral, pero por desgracia se carece de programas de enseñanza estructurados para los pacientes con DM.

Actualmente los programas se basan en el adelgazamiento del paciente diabético. lo que restaurará el control metabólico en la mayoría de los pacientes, la educación sobre el cuidado de los pies disminuye la incidencia de ulceraciones neuropáticas y pueden evitarse amputaciones en pacientes de edad avanzada, sin embargo el tratamiento rutinario de la DM se hace a menudo molesto, frustrante y normalmente los pacientes no siguen los consejos dietéticos por lo que se convierte en una necesidad el uso de fármacos orales o de insulina.

MARCO TEORICO

La diabetes mellitus se puede considerar como un síndrome de evolución crónica con fuerte predisposición hereditaria, en la cual existe una falla en la reserva pancreática con la consiguiente disminución cuantitativa, cualitativa ó ambas de la insulina circulante, ocasionando una alteración en el metabolismo intermedio, en diferentes etapas de su evolución daño micro y macrovascular y trastornos neurológicos. {1}

La insulina es una hormona de 51 residuos de aminoácidos, es el resultado final de una laboriosa conjugación de diferentes pasos intracelulares a nivel de la célula beta del páncreas que participan en forma directa en muchos procesos metabólicos de los carbohidratos, lípidos y proteínas. {1} {2}

En 1979 un grupo Internacional de expertos se reunió bajo los auspicios de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos para desarrollar una clasificación, así como la terminología y los criterios de diagnóstico han sido adoptados en todos los países y forman la base de la clasificación actual de la diabetes mellitus y otras categorías de intolerancia a la glucosa.

TIPOS DE DIABETES MELLITUS Y OTRAS CATEGORIAS DE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA.

TIPOS CLINICOS:

I. Diabetes Mellitus.

- 1.- Diabetes Mellitus dependiente de insulina [tipo I].
- 2.- Diabetes Mellitus no dependiente de insulina [tipo II]

- a) Con obesidad
- b) Sin obesidad
- c) Diabetes del adulto en jóvenes [tipo MODY].

- 3.- Otros tipos de diabetes Mellitus [Asociada o secundaria a ciertas condiciones o síndromes].

- a) Enfermedad pancreática
- b) Alteraciones hormonales
- c) Medicamentos
- d) Síndromes de origen genético
- e) Otras causas.

II. Tolerancia a la glucosa alterada.

III. Diabetes Gestacional.

Diabetes Mellitus. Este término se aplica a condiciones en las que existe hiperglicemia en ayunas o niveles de glucosa por --

arriba de los límites normales en las pruebas de tolerancia a la glucosa.

Se reconocen tres variedades de diabétes mellitus.

- a] Diabétes mellitus dependiente de insulina tipo I
- b] Diabétes mellitus no dependiente de insulina tipo II
- c] Otros tipos de diabétes mellitus [secundaria]

La diabetes mellitus tipo I. Tiene como características - principales una disminuación marcada de la producción de insulina endógena y por lo tanto una tendencia a desarrollar cetoacidosis, los pacientes con este tipo de diabétes suelen ser delgados y además experimentan una pérdida de peso al comenzar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Los pacientes con diabétes mellitus tipo I dependientes de insulina exógena para sobrevivir, sin insulina desarrollan cetoacidosis y mueren. Se desconoce su prevalencia precisa en México, pero puede ser que el tipo I se encuentre en 1 de cada 10 a 1 de cada 50 diabéticos conocidos. Aunque puede aparecer a cualquier edad, casi todos los pacientes que desarrollan diabétes antes de los 20 años de edad son de tipo I y la mayoría de los casos se presentan en niños de 10 a 12 años.

La diabétes mellitus tipo I resulta de la destrucción inmunológica de las células beta productoras de insulina. los factores genéticos probablemente participan en determinar la aparición de este tipo de diabétes, puesto que existe cierta asociación entre la diabétes tipo I y ciertos antígenos de histocompatibilidad - [HLA]. Por otro lado, la participación de los fenómenos de autoinmunidad es sugerida porque la mayoría de los pacientes presentan anticuerpos circulantes contra la célula de los islotes de Langerhans. En algunas ocasiones las manifestaciones clínicas de la Diabétes mellitus aparecen después de infecciones virales. Esto sugiere que los virus podrían jugar un papel como factor precipitante de autoinmunidad.

La diabétes mellitus tipo II no depende de insulina exógena para vivir y tiene como característica principal una sensibilidad disminuida de los tejidos a la insulina exógena o endógena.

En éstos pacientes sus niveles circulantes de insulina pueden estar normales, en algunos casos de larga duración, los niveles de insulina son inferiores a lo normal pero esta insulopenia nunca es tan severa como la que se encuentra en la diabétes mellitus tipo I.

La mayoría de los diabéticos tipo II son obesos al descubrirse la enfermedad o tienen antecedentes de haberlo sido, sin embargo este tipo de diabétes también se presenta en sujetos de peso normal especialmente a edades avanzadas. los pacientes con este tipo de diabétes no tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto --

cuando estan sometidos a stress; por ejemplo por infecciones, traumatismos ó cirugías.

La diabétes tipo II puede parecer a cualquier edad pero generalmente se presenta después de los 30 años de edad y pueden sobrevivir sin necesidad de inyectarse insulina exógena sin embargo el tratamiento con insulina puede hacerse necesario bajo ciertas condiciones para obtener un buen control de la glicemia y en otros casos la insulina estará indicada en períodos de stress. [3] [4] [5]

Más del 90% de los casos conocidos en México, corresponden al tipo II. La mayoría de las encuestas realizadas indican una prevalencia del 8 al 10% en la población mexicana, varios estudios recientes sugieren que el número de casos a aumentado considerablemente durante las últimas dos décadas. [1] [2]

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS DOS TIPOS PRINCIPALES DE DIABETES MELLITUS.

| DIABETES TIPO I | DIABETES TIPO II |
|---|---|
| - En general mayores de 20 años | - En general más de 30 años |
| - Menos de 10% de los familiares de primer grado los presentan. | - Más del 20% de los familiares de primer grado afectados |
| - Asociados a fenómenos de <u>auto</u> inmunidad. | - Sin relación con fenómenos de <u>auto</u> inmunidad. |
| - Asociados con antígenos HLA BB, B-15, DR3, DR4 | - Sin relación con antígenos HLA |
| - Peso bajo | - Generalmente obesos |
| - Tendencia a cetoacidosis | - Sin tendencia a cetoacidosis |
| - Dependiente de insulina | - Reducción de peso, hipoglucemiantes orales. |

Pruebas diagnósticas . el diagnóstico definitivo de la DM se debe basar en medición de los niveles de glicemia, las determinaciones de glucosa en orina, hemoglobina glucosilada o de fructosamida.

Siempre que sean posibles las determinaciones de glicemia deberán hacerse en ausencia de factores que tienden a elevar la glucosa en plasma [infecciones, stress, inactividad física prolongada restricción de ingestión de carbohidratos] y se deberán de suspender los medicamentos que elevan o disminuyen la glicemia.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO PARA DIABETES MELLITUS Y TOLERANCIA A LA GLUCOSA ALTERADA EN ADULTOS.

DIABETES MELLITUS: Este diagnóstico establece en hombres y mujeres no embarazadas que presentan una de las siguientes condiciones:

- a) Nivel de glicemia al azar de 200 mg/dl o más en presencia de síntomas clásicos de DM.
- b) Glicemia en ayunas de 140 mg/dl o más cuando menos en dos ocasiones.
- c) Glicemia en ayunas inferior de 140 mg/dl pero con elevación sostenida de glicemia durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral. Durante esa prueba de tolerancia la glicemia a las dos horas debe de ser de 200 mg/dl o más. La prueba de tolerancia a la glucosa no es necesaria si la glicemia en ayunas es de 140 mg/dl o más.

TOLERANCIA EN LA GLUCOSA ALTERADA: Este diagnóstico se establece en hombres y mujeres no embarazadas que presentan todas estas condiciones:

- a) Glicemia en ayunas menor de 140 mg/dl.
- b) Durante la prueba de tolerancia a la glucosa un valor a las dos horas entre 140 y 200 mg/dl.
- c) Otro valor durante la prueba de tolerancia a la glucosa de 200 mg/dl o más.

DIABETES GESTIONAL; Después de una carga oral de glucosa de 100 mg/dl el diagnóstico se establece al encontrar dos niveles de glicemia igual o superior a :

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ayunas | 1 Hora | 2 Horas | 3 Horas |
| 105 mg/dl | 190 mg/dl | 165 mg/dl | 145 mg/dl |

DIABETES MELLITUS EN NIÑOS: Este diagnóstico se establece en niños que presentan las siguientes condiciones:

- a) Glicemia al azar de 200 mg/dl en presencia de signos y síntomas clásicos de diabetes mellitus.
- b) Glicemia en ayunas de 140 mg/dl o más cuando menos en dos ocasiones y además glicemias sostenidamente elevadas en --

dos pruebas de tolerancia a la glucosa. Durante estas - deben encontrarse glicemias de 200 mg/dl o más a las 2 horas y en cualquier otro período entre las 0 y 2 horas.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Los síntomas clásicos de la DM son polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso, y en ocasiones más graves cetoacidosis. Dentro de las manifestaciones en forma clínica, están la aterosclerosis, neuropatía, retinopatía, nefropatía, hiperosmolaridad, acidosis láctica.

Dentro de las complicaciones agudas de la DM encontramos al coma cetoacidótico, coma hiperosmolar, hipoglicemia, y muy ocasionalmente acidosis láctica.

Dentro de las complicaciones crónicas encontramos la retinopatía, Nefropatía, Neuropatía y el pie diabético principalmente.

Tratamiento médico de la diabetes mellitus; se compone de lo siguiente.

Ejercicio. Se ha demostrado que la actividad física produce un aumento en la absorción de la insulina procedente de los depósitos subcutáneos, lo que da como resultado un incremento en los niveles de insulina circulante, lo cual produce una disminución - en la producción hepática de glucosa y aumento en su metabolismo por los tejidos insulino-dependientes.

Indicaciones:

- a) El paciente debe estar controlado si no puede ocasionar - descompensación por aumento de movilización de glucosa hepática y mayor degradación de lípidos.
- b) El ejercicio debe ser individualizado.
- c) La valoración cardiovascular debe de considerarlo apto.
- d) No debe presentar datos de neuropatía periférica importante por las complicaciones que en un momento dado le - pueden ocasionar.
- e) El paciente debe estar instruido sobre la presentación - de cuadros de hipoglicemia y la forma de corregirlos.

Dieta. El requerimiento nutritivo en un paciente diabético es muy semejante al de una persona sana, por lo que no es necesario disponer de alimentos especiales o cocinar diferente que para el resto de la familia, lo importante es que sea conciente el paciente acerca del horario de ingesta de alimentos así como el número de calorías ingeridas.

El número de calorías estará de acuerdo con la edad, la actividad física y el peso ideal, si el peso esta por debajo del ideal se darán temporalmente calorías extras, si hay sobrepeso las calorías se limitarán con el fin de lograr una disminución del peso progresivamente hasta llegar al peso normal.

Los hipoglucemientos orales se dividen en dos grandes grupos;

1.- Sulfonilureas; actúan por medio de la degradación e hiperplasia de las células beta, lo que induce a la liberación de insulina, también aumentan los sitios de receptores para la insulina en las superficies celulares.

2.- Binguanidas; actúa incrementando la captación de glucosa a nivel periférico, disminuyendo su absorción intestinal y frenando la gluconeogénesis hepática, disminuyen los niveles de triglicéridos y colesterol, producen un efecto aneroxígeno y por ello su indicación en pacientes obesos o con tendencia a subir de peso.

3.- Tratamiento con insulina; dentro de las indicaciones principales para el uso de la insulina está la DMI, cetoacidosis diabética, descontrol fundamental por procesos infecciosos, en diabéticas embarazadas, pacientes diabéticos que van a ser intervenidos quirúrgicamente, alguna endocrinopatía que descontrola el padecimiento.

La dosificación y el tipo de insulina que requiere el paciente diabético estará de acuerdo con sus características personales lo que hace que no sea posible establecer una psicología uniforme. [3] - [4] [5] [6].

Actualmente se ha dado un enfoque nuevo al tratamiento de la diabetes mellitus basada en dar una educación más integral y formal al paciente diabético, los nuevos programas educativos llevados a cabo principalmente en las grandes potencias tienen como objetivo principal el prevenir y reducir el número de hospitalizaciones así como recaídas de los pacientes diabéticos (cetoacidosis, hiperosmolar, hipoglicemia pie diabético, visitas médicas urgentes)

Todo esto por medio de información para lograr un cambio en la actitud de los pacientes diabéticos. [7].

La eficacia de los programas depende de la cantidad y calidad de éstos y la mayor efectividad de éstos programas se ha demostrado en hospitales que manejan poblaciones pequeñas con formación de grupos pequeños en donde se cuenta con actividades educativas, éstos programas no son aplicables a poblaciones grandes ya que cada grupo debe contar con características similares y además se requiere que los programas no tengan un financiamiento directo por parte del paciente que se está educando. La base del control se da por la información médica obtenida por el sujeto durante el tiempo de estudio, teniendo como ámbito geográfico demostraciones en el mismo hospital

y la sala de emergencias.

La prevención de hospitalización por complicaciones de la DM es el objetivo principal del estudio. Dentro del programa educativo para el paciente diabético se encuentra el apoyo de orientación médica por medio de llamadas telefónicas, complementandolas con visitas interdomiciliarias, lo cual hace que aumente la dificultad de aplicación de éstos programas a poblaciones abiertas, -- en los pequeños grupos en los que se ha realizado este programa se ha encontrado una importante reducción de la morbilidad en estos grupos y con esto disminuye notablemente los gastos de hospitalización por DM.

Lo ideal sería llevar éstos programas a poblaciones tanto rurales como urbanas.

Se ha calculado que el gasto anual en algunos hospitales que llevan éstos programas en lo E.U. es de 1,750 Dlls. por año o de 7 Dlls. la hora. Este asesoramiento a grupos tiene como únicos requisitos el formar grupos por invitación y formación voluntaria éstos grupos deberán ser pequeños y asesorados por un Endocrinólogo y Médicos familiares, los cuales deberán de trabajar de manera coordinada en las clínicas con los grupos. [8]

En base a esto se puede afirmar que otro objetivo principal del programa es el acceso a la información del paciente acerca de su padecimiento. [9]

El otro punto importante del programa es la orientación nutricional ya que se considera que la buena educación nutricional disminuye el gasto del tratamiento médico por un mejor control y de manera indirecta el número de hospitalizaciones por la DM. Por lo tanto el costo beneficio de estos programas es positivo. [10]

Estos programas están siendo llevados a cabo en algunos países como E.U., Francia, Alemania y consisten en cuatro sesiones de educación para grupos de 4 a 6 personas, las sesiones se celebran una vez por semana y cada una dura de 90 a 120 minutos, este programa fue previamente elaborado por un grupo multidisciplinario -- de profesionales de la salud, la parte principal de la educación al paciente es dada por personal paramédico [Asistente Médico]. Los Médicos y sus asistentes asisten a cursos de preparación diseñados en cooperación con un Pedagogo profesional, explicando los objetivos y contenidos del programa a los Médicos y a sus asistentes, la duración total del curso de preparación es de 10 a 120 horas para los ayudantes y los seminarios están dirigidos por un Diabetólogo.

El objetivo del programa para los pacientes diabéticos se basa en cubrir 9 áreas de la educación del paciente diabético; dar información básica del padecimiento, autocontrol metabólico, razones de una glicemia elevada, hipoglicemiantes orales, dieta cuidadosa de los pies, actividades físicas, reglas para períodos de descontrol, y -- complicaciones. La estructura de cada sesión incluye aspectos emo

cionales, cognositivos y sensorimotores del aprendizaje. Durante la primera sesión se enseña a los pacientes a las discusiones de grupo, ellos revisan su propia historia de su enfermedad y reciben información acerca de ella así como de su propio y particular estado diabético, aprenden a realizar sus pruebas de orina con tiras - reactivas se estimula al paciente a tomar glucosurias durante la semana siguiente después de cada una de las comidas principales y anotar sus resultados en una agenda que se les proporciona, una vez que el paciente alcanza un control metabólico satisfactorio se recomienda determinar la glucosuria pos-pandrial dos veces a la semana.

Durante la segunda sesión se discuten y presentan los datos anotados en sus agendas, así como sus experiencias, se les indica como lograr un buen control metabólico en base a modificaciones dietéticas, reducción de peso explicando las ventajas del tratamiento no medicamentoso además se discuten las posibilidades de que el tratamiento con insulina podría evitarse si se sigue estrictamente la terapéutica no medicamentosa.

En las otras dos sesiones se vuelven a discutir los datos presentados por cada paciente así como sus experiencias con la dieta y los otros temas principales a tratar en las sesiones son el cuidado de los pies, así como las reglas a seguir durante los períodos de la enfermedad y de esta manera se trata de motivar al paciente diabético para un cambio de actitud hacia su enfermedad. El problema de éstos programas llevados a cabo en países industrializados es que se limitan a grupos pequeños de poblaciones y se considera que no son aptos para grandes poblaciones. [7] [8] [9] y [10].

Tomando en cuenta todo lo dicho anteriormente y analizando sus objetivos de los programas, nos damos cuenta que los más importantes es lograr un cambio de actitud en el paciente diabético hacia su enfermedad. La actitud como definición se dice que es; "Una predig posición general interna o aprendida para responder de manera favorable o desfavorable ante una persona u objeto" [11], en general -- todas las actitudes tienen tres componentes; el cognositivo, el emocional y el conductual. [11].

D I S E Ñ O

TIPO DE ESTUDIO

- 1.- Prospectivo.
- 2.- Longitudinal.
- 3.- Experimental.
- 4.- Comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

- 1.- Población de pacientes de 40 a 65 años de edad con Diabétes Mellitus tipo II derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

- 1.- El grupo experimental, constó de 18 pacientes diabéticos tipo II adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 descontrolados con una edad de 40 a 65 años sin daño renal que aceptaron tomar el curso sobre su enfermedad y cooperar con el estudio, cumpliendo con una asistencia de 90 a 100%. Siendo así tomada la muestra a medida de muestreo de tipo no probabilístico intensional o selectivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- ¿ Si al paciente diabético tipo II se le somete a un proceso de enseñanza aprendizaje, se le motiva a tener mejor control y autocuidado de su enfermedad ?

HIPOTESIS ALTERNA.

- 1.- Cuando al paciente diabético tipo II se le somete a un proceso enseñanza aprendizaje de su padecimiento se le motiva para su control y autocuidado.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

- 1.- Cuando al paciente diabético tipo II se le somete a un proceso enseñanza aprendizaje de su padecimiento, este no se motiva para su control y autocuidado.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Paciente con diabétes mellitus tipo II que esté adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 y que quiera participar en el estudio.
- 2.- Todo paciente con Diabétes mellitus tipo II que cuente con una edad de 40 a 65 años y se encuentre descontrolado.
- 3.- Todo paciente con DM tipo II que forme parte del grupo experimental.
- 4.- Todo paciente con DM tipo II que recibió el curso sobre la DM y que cumplieron con una asistencia del 90 - al 100%.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Todo paciente con DM tipo II que no acepte participar en el curso.
- 2.- Todo paciente diabético tipo II que forme parte del grupo y que no cuente con una asistencia del 90 al - 100%.
- 3.- Todo paciente diabético tipo II que forme parte del grupo y que cambie de adscripción.
- 4.- Todo paciente diabético tipo II que forme parte del grupo experimental y que durante el tiempo que dure el estudio se descompense ó fallezca.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Paciente con DM tipo I
- 2.- Paciente con DM gestacional ó secundaria
- 3.- Todo paciente con DM tipo II con daño renal

PROGRAMA DE TRABAJO

- 1.- El diseño del protocolo se realizó en el mes de abril de 1991, entregandose el día 30 de mayo de 1991 y solo esperando su aceptación.
- 2.- En el mes de mayo de 1991, se realizó la recopilación de información a través de la prueba de campo, así como la prueba de instrumentos y formación del grupo experimental.
- 3.- Una vez formado el grupo experimental, se realizó la evaluación inicial y se comenzó el adiestramiento con una dinámica de grupo, iniciando el curso el día 4 de junio de 1991, concluyendo el día 30 del mismo mes, - con la presentación de la segunda evaluación dandose por terminada la primera fase del estudio.
- 4.- En el mes de julio, agosto y septiembre de 1991, se llevó a cabo el seguimiento de los pacientes del grupo experimental a manera de visitas intradomicilia--rias, químicas sanguíneas, exámenes de orina, los --cuales se realizaron en 3 ocasiones, en su hogar se les realizó dextrostix y en la última visita se apli--có la tercera y última evaluación. En octubre se --realizó el procesamiento y en enero de 1992 su pre

sentación y publicación.

PRESENTACION DE RESULTADOS

El presente estudio fué hecho con el fin de realizar la comparación entre dos grupos con diferente nivel de conocimientos acerca de su enfermedad, lo cual no fué posible por no contar con la cooperación de los pacientes integrantes del grupo control, para la realización de las mediciones necesarias, 3 en total para poder valorar la actitud de éstos en comparación con la actitud observada con los pacientes del grupo experimental. Por tal motivo se tuvo que modificar el presente estudio y el grupo experimental se tomó como su propio control.

En contramos en nuestro grupo experimental un 44% de los pacientes con una edad de 55 a 60 años, un 33% con una edad de 45 a 49 años y un 22% en la edad de 50 a 54 años con una moda de 55 a 59 años de edad, una media de uno , una mediana de 50 a 54 años de edad y una desviación estandar de 5.2.

En cuanto al peso encontramos que sólo un 33% de los pacientes se encuentran con un peso ideal y el otro 27% cursa con un sobrepeso del 10% y un 38% cursa con un sobrepeso del 15%.

El promedio mayor de glicemia durante el primer corte, fué de 200 a 224 mg/dl, con un total de 10 pacientes en este rango, durante la segunda glicemia se encontró un promedio mayor de 22% en el rango de 175 a 199 mg/dl con 4 pacientes, otro con un 22% en el rango de 200 a 224 mg/dl con otros cuatro pacientes, en el tercer y último corte se encontró un promedio mayor de glicemia del 27% en el rango de 100 a 124 mg/dl con cinco pacientes, en el primer corte, encontramos una moda de 275 a 324 mg/dl una media de uno, una mediana de 275 a 279 mg/dl y una desviación estandar de dos. En el segundo corte encontramos una moda de 200 a 224 mg/dl, una media de uno y una mediana de 200 a 224 mg/dl con una desviación estandar de dos, en el tercero de los cortes, encontramos una moda de 100 a 124 mg/dl una media de uno y una mediana de 125 a 144 mg/dl con una desviación estandar de 2.7 .

En cuanto a los conocimientos acerca de su enfermedad, encontramos en el primer examen un 11% de los pacientes aprobados y un 87% de reprobados, en el segundo examen un 66% de aprobados y un 34% de reprobados, en el tercero un 72% de aprobados y un 28% de reprobados.

En el cuestionario de afecto se encontró en el primer corte un 95% de reprobados y un 5% de aprobados en el segundo un 56% de reprobados y un 44% de aprobados, en el tercero un 61% de aprobados y un 39% de reprobados.

En cuanto a la prueba estadística de Mac Nemar se encontro una T experimental del 1.76 y una T crítica de 2.11 para los conocimientos y una T experimental de 4.32 con una T crítica de 2.11 para las gli-cemias, con una P de significancia de $P < .005$.

I. - TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO

EDAD Y SEXO.

| EDAD | MASCULINO | FEMENINO | % | TOTAL |
|-------|-----------|----------|----|-------|
| 40-44 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45-49 | 1 | 5 | 33 | 6 |
| 50-54 | 2 | 2 | 22 | 4 |
| 55-59 | 3 | 5 | 44 | 8 |
| TOTAL | 6 | 12 | 99 | 18 |

MODA 55-59 AÑOS DE EDAD.

MEDIA 1

MEDIANA 50-54 AÑOS DE EDAD.

DESVIACION STANDAR 5.2

II.- TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE ACUERDO AL PESO

| PESO KG. | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|----------|-----------|----------|-------|
| 57 | 0 | 1 | 1 |
| 60 | 2 | 2 | 4 |
| 63 | 0 | 1 | 1 |
| 65 | 0 | 1 | 1 |
| 67 | 0 | 1 | 1 |
| 68 | 1 | 3 | 4 |
| 69 | 1 | 1 | 2 |
| 70 | 0 | 2 | 2 |
| 73 | 1 | 0 | 1 |
| 76 | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 6 | 12 | 18 |

MODA 68 KG.
MEDIA 1
MEDIANA 67.5 KG.

III.- TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS
DE ACUERDO A TALLA.

| TALLA MTS. | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|------------|-----------|----------|-------|
| 1.47 | 0 | 1 | 1 |
| 1.50 | 0 | 4 | 4 |
| 1.53 | 0 | 1 | 1 |
| 1.55 | 0 | 2 | 2 |
| 1.58 | 0 | 2 | 2 |
| 1.59 | 0 | 1 | 1 |
| 1.60 | 1 | 1 | 2 |
| 1.61 | 1 | 0 | 1 |
| 1.62 | 1 | 0 | 1 |
| 1.67 | 1 | 0 | 1 |
| 1.70 | 1 | 0 | 1 |
| 1.78 | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 6 | 12 | 18 |

MODA 1.50 MTS.

MEDIA 1

MEDIANA 1.59 MTS.

IV.- TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE CALIFICACIONES
DEL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS.

1.- Primer corte examen de conocimientos.

| CALIFICACION | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|--------------|-----------|----------|-------|----|
| 0 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 4 | 2 | 3 | 5 | 27 |
| 5 | 0 | 3 | 3 | 16 |
| 6 | 0 | 2 | 2 | 11 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 9 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |

MODA 4 ACIERTOS

MEDIA 1

MEDIANA 4 ACIERTOS

DESVIACION STANDAR 1.6

2.- Segundo corte examen de conocimientos

| CALIFICACION | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|--------------|--------------------|----------|-------------|----|
| 4 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 16 |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 8 | 2 | 4 | 6 | 33 |
| 9 | 1 | 2 | 3 | 16 |
| 10 | 0 | 2 | 2 | 11 |
| | MODA | | 8 ACIERTOS. | |
| | MEDIA | | 1 | |
| | MEDIANA | | 7 ACIERTOS | |
| | DESVIACION STANDAR | | 2.2 | |

3.- Tercer corte examen de conocimientos.

| CALIFICACION | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|--------------|--------------------|----------|------------|----|
| 4 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 5 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 6 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 7 | 1 | 4 | 5 | 27 |
| 8 | 0 | 4 | 4 | 22 |
| 9 | 3 | 1 | 4 | 22 |
| 10 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| | MODA | | 7 ACIERTOS | |
| | MEDIANA | | 1 | |
| | MEDIANA | | 7 ACIERTOS | |
| | DESVIACION STANDAR | | 2.2 | |

VII. - TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO
A CIFRAS DE GLICEMIAS.

I. - Primer Glicemia.

| GLUCOSA mg/dl | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|--------------------|-----------|----------|---------------|----|
| 100-124 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 125-149 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 150-174 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 175-199 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 200-224 | 4 | 6 | 10 | 55 |
| 225-249 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 250-274 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 275-299 | 0 | 2 | 2 | 11 |
| 300-324 | 1 | 2 | 3 | 16 |
| 325-349 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| MODA | | | 200-224 mg/dl | |
| MEDIA | | | 1 | |
| MEDIANA | | | 275-279 mg/dl | |
| DESVIACION STANDAR | | | 4.1 | |

2.- Segunda Glicemia

24

| GLUCOSA mg/dl | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|--------------------|-----------|----------|---------|-------|
| 125-149 | 2 | 0 | 2 | 11 |
| 150-174 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 175-199 | 1 | 3 | 4 | 22 |
| 200-224 | 1 | 3 | 4 | 22 |
| 225-249 | 0 | 2 | 2 | 11 |
| 250-274 | 2 | 2 | 4 | 22 |
| 275-299 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| | 6 | 12 | 18 | |
| MODA | | | 175-224 | mg/dl |
| MEDIA | | | 1 | |
| MEDIANA | | | 200/224 | mg/dl |
| DESVIACION STANDAR | | | 2 | |

3.- Tercera Glicemia

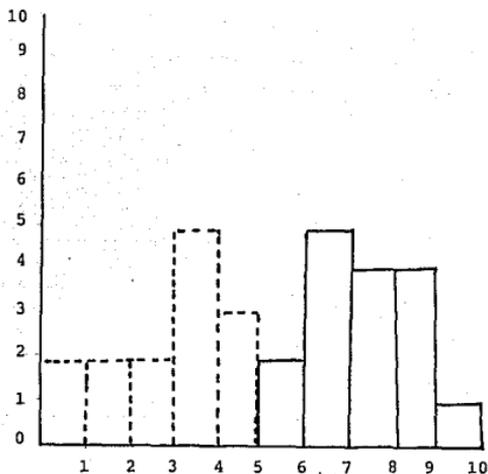
| GLUCOSA mg/dl | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | % |
|--------------------|-----------|----------|---------|-------|
| 100-124 | 2 | 3 | 5 | 27 |
| 125-149 | 1 | 3 | 4 | 22 |
| 150-174 | 1 | 2 | 3 | 16 |
| 175-199 | 2 | 1 | 3 | 16 |
| 200-224 | 0 | 3 | 3 | 16 |
| MODA | | | 100-124 | mg/dl |
| MEDIA | | | 1 | |
| MEDIANA | | | 150-174 | mg/dl |
| DESVIACION STANDAR | | | 2.7 | |

VIII.- ANALISIS ESTADISTICO

- 1.- Nivel de significancia $P=0.05$.
- 2.- Tipo de estudio unilateral con zona de rechazo a la derecha.
- 3.- Muestra 18 pacientes.
- 4.- Número de muestras 1.
- 5.- Número de grupos 1.
- 6.- Variables escalares y nominales.
- 7.- Tratamiento estadístico que se decide prueba de Mac Nemar.

HISTOGRAMA DE VARIACIONES EN EL CONOCIMIENTO SOBRE SU PADECIMIENTO
EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II DURANTE EL PROCESO E.A.

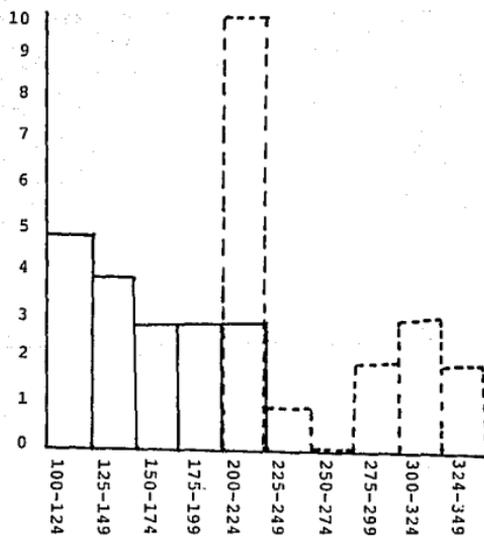
FRECUENCIA



CALIFICACIONES

HISTOGRAMA DE VARIACIONES EN LAS GLICEMIAS EN LOS PACIENTES
DIABETICOS TIPO II DURANTE EL PROCESO E. A.

FRECUENCIAS



GLICEMIAS

I. - TABLA DE VARIACIONES EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN EL
TIEMPO UNO Y DOS

| | BUENO | % | MALO | % | TOTAL |
|---------|-------|------|------|------|-------|
| ANTES | 14 | 77.1 | 4 | 22.2 | 18 |
| DESPUES | 18 | 100 | 0 | 0 | 18 |

II. - TABLA DE VARIACIONES EN EL AFECTO TIEMPO UNO Y DOS

| | BUENO | % | MALO | % | TOTAL |
|---------|-------|------|------|------|-------|
| ANTES | 1 | 5.5 | 17 | 94.4 | 18 |
| DESPUES | 11 | 61.1 | 7 | 38.8 | 18 |

C O N C L U S I O N E S

29

La finalidad de este estudio, fué demostrar el cambio de actitud del paciente diabético en base a un mayor conocimiento de su padecimiento, en particular de pacientes derecho-habientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, con DM II, en los que se encontró el predominio de la edad mayor de 50 años y el sexo femenino, teniendo como característica en particular la existencia del sobrepeso importante en casi las dos terceras partes del total del grupo experimental, la cual es una obesidad exógena, originada por los inadecuados hábitos alimenticios, los cuales están condicionados por el aspecto educativo, cultural y psicológico entre otros. Por lo tanto la explicación del deficiente control metabólico se centra en el inadecuado cumplimiento de la dieta, la cual se debe basar en sólo comer el adecuado equivalente de calorías de acuerdo a la edad, sexo y actividad física. Este no cumplimiento del solo la ingesta de requerimientos calóricos, se basa en la falta de educación acerca de esta enfermedad con la consiguiente falta de conciencia de la importancia de esto por parte del paciente. En otras palabras el llevar pocas ó nulas actividades de auto-cuidado.

El fin del estudio fue el analizar el nivel de conocimientos - afecto y prácticas del paciente diabético para medir de esta manera su actitud hacia la enfermedad. Se utilizó la escala de Likert.

Se observó que existe un nivel mas o menos aceptable de conocimientos teóricos acerca de su enfermedad en los pacientes diabéticos, pero un bajo nivel de prácticas de estas, ya que no existe una verdadera conciencia de su padecimiento y aún más importante la mala creencia de los pacientes y de algunos de los médicos en presentar la dieta como un castigo para el paciente, recetando y proporcionando dietas hasta por escrito al paciente diabético las cuales pocas ocasiones son aceptadas por el paciente por su dificultad, tanto económica que ésta representa así como también lo poco o mucho accesible de conseguir algunos componentes de ella y como si fuera poco la rigidez de esta. Debe de quedar claro tanto como para el paciente como aún más para los médicos y profesionales de la salud, que tratan o aconsejan a los diabéticos, que la dieta se basa en la cantidad de calorías por consumir, lo cual es más fácil de llevar a cabo con un previo adiestramiento dietético para que el paciente por sí mismo pueda controlar su dieta de acuerdo a cantidad calórica, lo cual quita lo rígido de una dieta común por ser fácil de adaptar a todo tipo de circunstancias.

Una vez lograda la concientización del paciente acerca de su enfermedad, se logrará que todo aquello que sabe en teoría, lo lleve a la práctica, pues en base a este conocimiento logrará un mejor control.

En cuanto a la prueba estadística se utilizó la prueba de comparación de la misma muestra medida dos veces o prueba de Mac Nemar, obteniendo una T experimental de 1.76 y una T crítica de 2.11 para los conocimientos y una T experimental de 4.32 con una T crítica de 2.11 para las glicemias, lo que comprueba nuestra hipótesis alterna y confirma la existencia de conocimientos del paciente diabético acerca de su enfermedad con poca práctica de estos.

S U G E R E N C I A S

- 1.- Dar mas apoyo por parte de la Jefatura de Enseñanza a la investigación, pues en este caso fue casi imposible el poder conseguir un aula para llevar a cabo las pláticas con el grupo experimental, así como resultó muy difícil la autorización de los estudios de laboratorio necesarios para el estudio, lo cual significó un atrazo de éste.
- 2.- Dar mayor tiempo al médico familiar para la consulta, --- pues en gran parte de los consultorios se sobresatura de pacientes y es muy difícil por no decir imposible realizar algún tipo de teoría o terapia individual al paciente lo cual es fundamental para su educación.
- 3.- Crear un Departamento especial para la elaboración de programas específicos y bien orientados hacia el grupo de pacientes diabéticos el cual tendrá que estar a cargo de un Médico familiar, el cual por medio de sesiones generales de Unidad Clínica, ideará instrumentos sencillos de aplicación a toda la población de diabéticos que sirvan para la detección de pacientes y familias problemas. Con todo esto se trará de evitar la improvisación de Médicos para la instrucción de pacientes diabéticos.

De esta manera siempre se contará con la planeación y preparación adecuada de los temas de los cursos, siempre apoyados por el Departamento de Trabajo Médico Social, Dietología y Asistentes Médicos de manera coordinada.

- 4.- Una vez formado este Departamento contar con líneas telefónicas abiertas en horas hábiles para la asesoría rápida y oportuna del paciente diabético, principalmente en cuanto al contenido calórico de alimentos e información general, acerca del padecimiento.
- 5.- A los pacientes y familias problema ubicarlos dentro de la formación de grupos operativos, tratando con ello de llegar a la investigación participativa con lo cual se tratará de lograr el cambio de actitud de éste tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fanghane SG, Sánchez LF, Villalobos MS, Diabetes mellitus; Rev. -
Fac. Med. Mex.1983;6:259-79
- 2.- Prado VR. Historia natural de la diabetes mellitus. Rev. Fac. -
Med. Mex.1981;10:16-36
- 3.- American Diabetes Associatio. Clinical practice recommendations.
Diabetes Care 1990;1:1-65
- 4.- Daniel ES, Jeffrey HS, Christopher MC. Screening for diabetes -
mellitus. Annals of Internal Medicine 1988;109:634-44
- 5.- Byan AR, Dennisg SI, Robert RR. A randomized study of the effects
of a home diabetes education program. Diabetes Care 1986;9:173-78
- 6.- Eldine AT, David SG. Assessment of diabetes continuing medical -
education. Diabetes Care 1986;9:11-17
- 7.- Zimmerman DO. Another commentary on the national standars for -
diabetes patient education programs; Diabetes Care 1986;9:90-4
- 8.- Kaplan RS, Wayne KD. Evaluating the cost an benefits of outpa-
tient diabetes education and nutrition counseling; Diabetes Care
1986;9:81-6
- 9.- Steven AN, Nicky HM, Madelyn LW. The diabetes education study: a
controlled trial of the effects of diabetes patient education;
Diabetes Care 1986;9:1-10
- 10.- Marquez MR, Escobedo JP. Análisis de la mortalidad por diabétes
mellitus en el I.M.S.S. (1979-1987); Rev. Med. I.M.S.S. Mex. -
1990;28:157-69
- 11.- Cabrera CC, Novoa MD. Conocimientos, actitudes y prácticas dieté-
ticas en pacientes con diabétes mellitus tipo II: Salud Publica
de Mex 1991;33:166-77
- 12.- Peter KH, Muhlhuasen IR, Venhaus AD. Evaluación de un programa
estructurado de tratamiento y educación en la diabétes mellitus
no insulino dependiente; The Lancet 1988;2:66-74
- 13.- Shalwitz RA, Farkas RH, Neil HW. Prevalence and consequences of
nocturnal hypoglycemia among conventionally treated children -
with diabetes mellitus; The Journal of Pediatrics 1990;5:685-90
- 14.- Cerami AS, Ulasar H, Brownlee M. Glucosa y envejecimiento; Scien-
tífic American 1987;130:52-59

- 15.- Frati MD, Altamirano EB, Rodríguez BN, cols. Acción hipoglucemiante de *apuntia streptacantha lemaire*: investigación con extractos crudos; Rev. Archív. Invest. Med. Mex. 1989;20:321-26
- 16.- Frati MA, Valle MM. Acción hipoglucemiante de diferente dosis de nopal en pacientes con diabetes mellitus tipo II; Rev. Archív Invest. Med. Mex. 1991;20:199-216
- 17.- Siner ED, Christopher MC, Jeffry HS. Test of glycemia in diabetes mellitus; Annals of Internal Medicine 1990;2:125-37
- 18 Council on Scientific Affairs. Dietary fiber and health; Jama - 1982;262:542-46
- 19.- Noth RH, Andrzej KS, Kaysen GA. Diabetic nephropathy; hemodynamic basis and implications for disease management; The Lancet 1989;110:795-813
- 20.- Rossini AA, Mordes JO, Handler ES. A tumbier hypothesis the autoimmunity of insuli-dependent; Diabetes Spectrum 1991;3:1994-2000