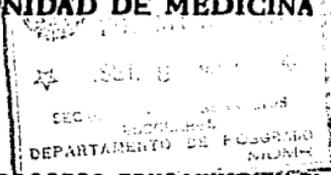


11226
1992



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94



EL PROCESO EDUCATIVO EN EL PACIENTE DIABETICO
TIPO II Y SU FAMILIA ADSCRITOS A LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 PARA LOGRAR EL
CONTROL METABOLICO.

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ^{MARIA} DEL CARMEN LUNA DOMINGUEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

ENEF 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

AUTORIDADES :

DR. RUBEN QUIROZ
DIRECTOR GENERAL DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO.94



DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIOS
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTI-
GACION DE LA UMF 94.

DRA. ELVIRA BOLAÑOS DIAZ.
TITULAR DE LA RESIDENCIA EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD
Y COORDINADORA DE ESTA TESIS.



EDUCAR ES DEPOSITAR EN CADA HOMBRE TODA
LA OBRA HUMANA QUE LE HA ANTECIDIDO ES
HACER A CADA HOMBRE RESUMEN DEL MUNDO
VIVIENTE, HASTA EL DIA EN QUE VIVE; ES
PONERLO A NIVEL DE SU TIEMPO, PARA QUE
FLOTE SOBRE EL Y NO DEJARLO DEBAJO DE SU
TIEMPO, CON LO QUE NO PODRA SALIR A FLOTE;
ES PREPARAR AL HOMBRE PARA LA
VIDA.....

JOSE MARTI.

AGRADECIMIENTOS

A TALIA:

POR SU FUERZA Y VALOR PARA TOLERAR
MIS AUSENCIAS Y SER SIEMPRE EL MO-
TIVO DE MI LUCHA.

A ALVARO:

POR SU GRAN AMOR Y APOYO INCONDICIONAL
QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO.

A MI MADRE:

POR TODO EL ESFUERZO Y APOYO QUE
ME HA APORTADO PARA PODER LLE-
GAR AL CUMPLIMIENTO DE MIS OBJE-
TIVOS.

I N D I C E

TEMA	Pag.
I .- INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	1
II .- OBJETIVOS	6
III .- MARCO TEORICO	7
IV .- PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V .- HIPOTESIS	15
VI .- DISEÑO	
VI.1.- TITULO	16
VI.2.- CRITERIOS DE CONCLUSION	17
VI.3.- UNIVERSO DEL TRABAJO	19
VI.4.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
VI.5.- ANALISIS ESTADISTICO	21
VI.6.- PROGRAMA DE ACTIVIDADES	22
VII .- TABLAS Y GRAFICAS	23
VIII.- RESULTADOS	37
IX .- CONCLUSIONES	39
X .- RESULTADOS	40

INTRODUCCION

EL PRESENTE ESTUDIO, DEMUESTRA LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL PROCESO EDUCATIVO AL PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA COMO ESTRATEGIA PARA EL LOGRO DEL CONTROL METABOLICO, DE LA MISMA MANERA MUESTRA LA ESTRECHA RELACION QUE TIENE EL CONTROL METABOLICO CON LA PARTICIPACION FAMILIAR LA CUAL FUE EXPLORADA DURANTE EL ESTUDIO. PARA ELLO SE ESTUDIARON 14 PACIENTES DIABETICOS Y SU FAMILIA, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.94, SELECCIONANDO LA MUESTRA EN FORMA INTENSIONADA, DADA LA COMPLEJIDAD DEL ESTUDIO, LOS PACIENTES Y UN INTEGRANTE DE SU FAMILIA CON PREVIA EVALUACION Y ESTUDIO DE CADA PACIENTE, SE SOMETIERON A UN PROCESO EDUCATIVO, QUE CONSTO DE 8 SESIONES, EN LOS QUE SE INCLUYERON LOS TEMAS: DEFINICION, CLASIFICACION, CUADRO CLINICO, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES, DIETA Y EJERCICIO, ASI COMO UNA SESION DE EL DIABERICO Y SU FAMILIA,, SE EVALUO EL LOGRO COGNITIVO Y EL COMPORTAMIENTO DEL CONTROL METABOLICO, ASI COMO LA RELACION QUE GUARDA LA PARTICIPACION FAMILIAR Y EL CONTROL DEL PACIENTE, LA INFORMACION SE OBTUVO A TRAVES DE UN CUESTIONARIO, ENCUESTA Y ENTREVISTA DIRECTA CON EL PACIENTE.

ESTUDIO QUE SE EFECTUO DE ABRIL A NOVIEMBRE DE 1992, EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD.

ENCONTRAMOS QUE AL SABER MAS DE SU ENFERMEDAD, A TRAVES DEL PROCESO EDUCATIVO, EL PACIENTE LOGRA UN MEJOR CONTROL; SIN EMBARGO, LLEGAMOS A LA CONCLUSION DE QUE ESTE PROCESO DEBE SER CONTINUO Y NO LIMITADO A UN NUEMRO DE SESIONES.

EN ESTE ESTUDIO SE MIDIO EL CONTROL METABOLICO CON EL PARAMETRO DE GLICEMIA EN AYUNO, QUE SI BIEN ES CIERTO NO ES EL UNICO PARAMETRO PARA VALORAR EL CONTROL METABOLICO, NI EL QUE EN OCASIONES REFLEJA EN SI EL CONTROL; SIN EMBARGO, SE CONSIDERO ESTE PARAMETRO COMO EL MAS FACTIBLE A MEDIR YA QUE ALGUNAS DE LAS OTRAS VARIABLES QUE REFLEJAN EL CONTROL REQUIEREN DE MAYOR TIEMPO PARA OBSERVAR MODIFICACIONES.

OBSERVAMOS QUE LA PARTICIPACION FAMILIAR DEL PACIENTE DIABETICO ES UN FACTOR QUE INFLUYE EN FORMA IMPORTANTE EN EL CONTROL DEL PACIENTE.

JUSTIFICACION

MANITUD: A PESAR DE QUE SE HAN RELIZADO MULTIPLES ESTUDIOS EN RELACION A LA DIABETES MELLITUS Y SUS COMPLICACIONES CON EL CONSECUENTE ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMAS PARA LIMITAR LA MORBIMORTALIDAD POR DIABETES; SIGUE SIENDO EN LA ACTUALIDAD UNA PATOLOGIA QUE OCUPA LOS PRIMEROS LUGARES DE MORBIMORTALIDAD. DESTACA QUE LA PRIMER CAUSA DE MUERTE HOSPITALARIA LA REPRESENTA LA DIABETES MELLITUS, COMPRENDIDA ENTRE LA 5a. Y 6a. DECADA DE LA VIDA, ENTRE DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS SIENDO MAS FRECUENTE POR ESTA ULTIMA. AUNQUE NO SE HA ACLARADO BIEN LA RELACION DE LA EVOLUCION DE LA DIABETES Y LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES, SE DICE QUE ENTRE MAYOR TIEMPO PERMANEZCA EL PACIENTE CONTROLADO METABOLICAMENTE SE PROLONGAN LAS COMPLICACIONES.

ES MENESTER MENCIONAR QUE EN LA UMF NO.94 SE ENCUENTRAN 2185 PACIENTES DIABETICOS REGISTRADOS HASTA FEBRERO DE 1992. ASI MISMO DEMANDA UN 14.88% DEL TOTAL DE LA CONSULTA. Y DEL TOTAL DE LOS PACIENTES DIABERICOS QUE ACUDEN A CONTROL EL 60% PERSISTE CON DESCONTROL METABOLICO.

EL PERFIL DE LOS PACIENTES DIABERICOS TIPO II, NO DEPENDIENTES DE INSULINA, SE CARACTERIZAN POR SOBREPESO, OBESIDAD EXOGENA ORIGINADA POR LOS INADECUADOS HABITOS ALIMENTARIOS Y EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, CONDICIONADA POR LOS ASPECTOS EDUCATIVOS, CULTURALES Y PSICOLOGICOS; POR LO TANTO, LA EXPLICACION DEL DEFICIENTE CONTROL METABOLICO SE CENTRA FUNDAMENTALMENTE EN UN INADECUADO CUMPLIMIENTO DIETETICO Y DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABETICOS, EL CUAL SE DEBE A LA FALTA DE EDUCACION AL PACIENTE DIABATICO SOBRE SU ENFERMEDAD Y POR CONSIGUIENTE SE CONVIERTE LA EDUCACION EN UN FACTOR DETERMINANTE EN TRATAMIENTO.

EL PROPOSITO DE ESTE ESTUDIO ES ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA DIABETES PARA CON ELLO MODIFICAR ACTITUDES QUE MEJOREN EL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS; DE LA MISMA MANERA FOMENTAR LA PARTICIPACION FAMILIAR PARA COLABORAR AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO.

TRASCENDENCIA:DEL TOTAL DE PACIENTES DIABETICOS QUE ACUDEN A CONTROL EL 60% PERSISTE CON DESCONTROL METABOLICO SIENDO LA CAUSA MAS FRECUENTE LA DE EL NO CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO,A LO QUE ELLOS ARGUMENTAN QUE NO ES LLEVADO POR "TENER PROBLEMAS FAMILIARES" DESDE ALTERACIONES DE LA DINAMICA FAMILIAR HASTA FALTA DE APOYO POR PARTE DE LA FAMILIA. DE AQUI QUE NACE LA NECESIDAD DE DAR EDUCACION AL PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA,PARA CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL CONTROL METABOLICO.

VULNERABILIDAD:ES POSIBLE ATACAR ESTE PROBLEMA,SI TOMAMOS EN CUENTA QUE EL PACIENTE NO REQUIERE SOLAMENTE DE TRATAMIENTO BIOLOGICO SINO QUE REQUIERE DE SER CONSIDERADO COMO UN ENTE BIOPSIOSOCIAL,Y UN FACTOR PSICOSOCIAL QUE EJERCE UN PROFUNDO EFECTO EN EL CONTROL DEL DIABETICO EN SU PROPIA FAMILIA. POR LO QUE ES NECESARIO INTENSIFICAR LA EDUCACION MEDICA DE LAS FAMILIAS DIABETICAS ESTO ATRAVES DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS TOMANDO ASI EL SISTEMA HACIA EL HORIZONTALIZACION Y MODIFICANDO EL VERTICALISMO PREDOMINANTE E INOPERANTE PARA LA SOLUCION DE ESTA PROBLEMATICA.

FACTIBILIDAD:EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 94 SE CUENTA CON RECURSOS HUMANOS Y FISICOS MAS VALIOSOS CAPACES DE LLEVAR ACABO ESTE TIPO DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA,CONSIDERANDO QUE PARA TAL EFECTO SE INTEGRARIAN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS INTEGRADOS POR TRABAJADORES SOCIALES,ASISTENTES MEDICOS,DIETISTAS,ENFERMERAS SANITARISTAS QUE JUNTO CON

EL MEDICO FAMILIAR FORMARIAN UN EQUIPO PARA LLEVARSE ACABO ESTE TIPO DE ATENCION.

VIABILIDAD: DENTRO DE LAS ESTRATEGIAS PRIORITARIAS DE LA ASISTENCIA MEDICA Y PARA NUESTRO CASO DEL INSTITUTO, ES LA DE PROPORCIONAR ATENCION DE ALTA CALIDAD TENDIENTE A LIMITAR DAÑOS Y DETECTAR FACTORES DE RIESGO Y FOMENTAR LA SALUD DEL INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD. LA DIABETES MELLITUS ESTA CONSIDERADA COMO UNO DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS EN DONDE SE ESTAN DIRIGIENDO ACCIONES SUMAMENTE IMPORTANTES, POR LO QUE CONSIDERAMOS ESTE PROYECTO VIABLE.

OBJETIVOS**GENERAL:**

DEMOSTRAR QUE LA EDUCACION AL PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA MEJORA EL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES.

PARTICULARES:

1. DETERMINAR SI EL MAYOR GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES INFLUYE EN EL PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA DE TAL FORMA QUE LA PARTICIPACION CONJUNTA DE LA FAMILIA ESTIMULA AL PACIENTE A UN MEJOR AUTOCUIDADO PARA SU CONTROL METABOLICO.
2. VERIFICAR SI LA PARTICIPACION FAMILIAR TIENE INFLUENCIA SOBRE EL LOGRO EN EL CONTROL METABOLICO.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

LA DIABETES MELLITUS CONSTITUYE UN PROBLEMA IMPORTANTE DE SALUD PUBLICA MUNDIAL YA QUE ADEMAS DE SER UN PROBLEMA MEDICO ES TAMBIEN UN PROBLEMA SOCIOECONOMICO QUE AFECTA LA ECONOMIA DE LOS PAISES. LA PREVALENCIA REAL DE ESTE PADECIMIENTO EN NUESTRO PAIS NO ESTA BIEN ESTABLECIDA SIN EMBARGO ALGUNOS ESTUDIOS REFIEREN UNA PREVALENCIA DEL 2 AL 4%.

LA DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE (DMNID) TIPO II ES LA MAS FRECUENTE DE LA DIABETES, TIENE UN IMPACTO IMPORTANTE SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE MUCHAS POBLACIONES EN TODO EL MUNDO, SE HABLA DE QUE APROXIMADAMENTE EL 90% DE LOS PACIENTES DIABETICOS SON DEL TIPO NO INSULINODEPENDIENTE. LA DMNID SE CARACTERIZA POR LA CARGA GENETICA QUE LLEGAN A TENER ESTOS PACIENTES, ASI COMO SU ASOCIACION HASTA EN UN 80% DE ESTE TIPO DE DIABETES CON EL SOBREPESO, OTRA CARACTERISTICA IMPORTANTE ES LA HIPEGLUCEMINA CRONICA, SIN CETOACIDOSIS, DURANTE LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD SE SUCEDEN COMPLICACIONES MICROVASCULARES QUE AFECTAN A LO OJOS Y RINONES Y COMPLICACIONES MICROVASCULARES QUE AFECTAN CORAZON Y VASOS PERIFERICOS, ASI COMO LA NEUROPATIA PERIFERICA A LA QUE PUEDEN EVOLUCIONAR. ESTAS COMPLICACIONES SON RESPONSABLES DE LA MAYOR PARTE DE LA MORBIMORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD.

SI BIEN TODA ENFERMEDAD ACONTECE EN UN SER HUMANO JUSTIFICA Y REQUIERE CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES, ES EVIDENTE QUE LA DIABETES LAS EXIGE DE MANERA INELUDIBLE. ES SABIDO QUE LA CRONICIDAD DE CUALQUIER ENFERMEDAD CREA UN ESPECIAL PROBLEMA DE ADAPTACION SOCIAL.

EL ASPECTO DE CRONICIDAD ES ASOCIADO A INCURABILIDAD, POR LO QUE ESTA IDEA EN UNA MEDICINA COMO LA ACTUAL, AUN DOMINADA POR LA FINALIDAD BASICA DE

CURAR, CREA EN EL PACIENTE, EN LA SOCIEDAD Y AUN EN EL PROPIO MEDICO UNA GRAN INCOMODIDAD, SOBRE LA QUE SE ESTRUCTURAN "MITOS", "FALSAS IDEAS" Y MIEDOS SUPLEMENTARIOS Y SOBRE TODO UNA CIERTA CONSIDERACION DEL DIABETICO COMO ORGANISMO ESTIGMATIZADO.

LA EDUCACION SANITARIA DEL DIABETICO, DE SU FAMILIA Y DE LA POBLACION EN GENERAL FORMAN PARTE DEL TRATAMIENTO DIABETOLOGICO, DEBE APRENDER A VIVIR CON SU ENFERMEDAD Y ADEMAS A ADAPTARSE A LAS MODIFICACIONES DE SU ALIMENTACION, Y CONOCER LOS SIGNOS DE ALERTA. ASI MISMO DE LA CONVICCION DE PRACTICAR EJERCICIOS FISICOS.

ESTE TIPO DE ATENCION QUE EL PACIENTE DIABETICO DEBE RECIBIR NO DEBE CONSIDERARSE DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA PSICOTERAPIA ESPECIALIZADA (A NO SER QUE EL PACIENTE SEA NEUROTICO, UN PSICOPATA O UN ENFERMO CON ALTERACIONES EN LA CONDUCTA). SINO COMO ALGO QUE HA DE MANEJAR EL EQUIPO EDUCATIVO QUE TRATA AL DIABETICO.

EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO ES UN PROCESO DINAMICO QUE REQUIERE LA ATENCION CONTINUA DEL INDIVIDUO Y UNA GRAN PARTE DE ESTE PROCESO CONSISTE EN LA INTERACCION CON EL MEDICO QUE LE TRATA (4). EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES PRECISA UNA COLABORACION ACTIVA POR PARTE DEL PACIENTE, SIN LA CUAL ES IMPOSIBLE ALCANZAR UNOS OBJETIVOS PROPUESTOS. OBTENER ESTA COLABORACION ACTIVA SIGNIFICA EN DEFINITIVA SER CAPAZ DE MOTIVAR A LOS DIABETICOS PARA QUE APRENDAN UNA SERIE DE CONCEPTOS Y DE TECNICAS QUE MEJORARA SU CONTROL. CONSIDERANDO A LA EDUCACION DEL PACIENTE COMO UN COMPLEMENTO DE LO QUE SE ENTIENDE COMO EL AUTENTICO TRATAMIENTO DE LA DIABETES.

FIGUEROLA HA CONSIDERADO LA "EDUCACION DIABETOLOGICA COMO FARMACO" PARA QUE LA EDUCACION DEL PACIENTE ADQUIERA AL MENOS RANGO DE RECURSO TERAPEUTICO, EN CONSECUENCIA TENDRA INDICACIONES, POSOLOGIA, VIAS DE ADMINISTRACION,

EFFECTOS CLINICOS Y EFFECTOS INDESEABLES.

LAS INDICACIONES Y POSOLOGIA DE LA EDUCACION DIABETOLOGICA SE REFIERE AL TIPO DE INFORMACION QUE SE VA A DAR DE ACUERDO A LA FASE EN LA QUE SE ENCUENTRE EL PACIENTE, HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE EN LAS PRIMERAS FASES QUE SIGUE AL DIAGNOSTICO LA CAPACIDAD DE CONOCIMIENTO SE ADQUIERE POR PARTE DEL PACIENTE, ESTA BLOQUEDA COMO CONSECUENCIA DE LA ANSIEDAD QUE LA SITUACION CREA, EN ESTOS MOMENTOS ES MUCHO MAS IMPORTANTE CONTRIBUIR A MINIMIZAR ESTA SENSACION DE ANSIEDAD INFUNDIENDO CONFIANZA Y SEGURIDAD Y NO TRATAR DE ENSEÑAR COSAS.

LA INFORMACION DEBE ADMINISTRARSE EN PEQUEÑAS DOSIS EVITANDO EN TODO MOMENTO LA FATIGA DEL PACIENTE. LAS VIAS Y FORMAS DE ADMINISTRACION DE LA EDUCACION DIABETOLOGICA SE REFIERE A 1.LA ENSEÑANZA PUEDE SER TANTO INDIVIDUAL COMO GRUPAL Y ESTO DEPENDERA DEL NUMERO DE PACIENTES QUE DEBAN MANEJAR Y DE LAS POSIBILIDADES DEL PERSONAL. ALGUNAS SITUACIONES EDUCATIVAS SON MEJOR APLICADAS EN FORMA INDIVIDUAL EN TANTO QUE OTRAS TIENEN BUENOS RESULTADOS APLICADOS A PEQUEÑOS GRUPOS. 2.LOS GRUPOS PUEDEN SER HOMOGENEOS O HETEROGENEOS, TENIENDO EN CUENTA QUE LOS GRUPOS HOMOGENEOS TIENEN INDUDABLES VENTAJAS. 3.ES DE RELEVANTE IMPORTANCIA LA TECNICA A EMPLEAR YA QUE ENTRE TECNICAS MAS DINAMICAS SE EMPLEEN MEJOR SERA EL APRENDIZAJE.

LOS EFFECTOS CLINICOS DE LA EDUCACION DIABETOLOGICA SE VE REFLEJADO EN EL AUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ESTE AUMENTO GRATIFICA AL PACIENTE, Y SI SE CANALIZA ADECUADAMENTE PERMITIRA QUE SE TRANSFORME SU ACTITUD EN RELACION A LA ENFERMEDAD.

SI EL PRIMER EFECTO CLINICO ES EL AUMENTO DE CONOCIMIENTOS, EL SEGUNDO ES LA MEJOR ADSCRIPCION A LAS TECNICAS Y RECOMENDACIONES. LAS REACCIONES

ADVERSAS DE LA EDUCACION DIABETOLOGICA, UNA DE LAS REACCIONES MAS FRECUENTES ES LA QUE DERIVA DE SU ADMINISTRACION EN UN MOMENTO INADECUADO, OTRA ES LA SOBREDOSIS EN EDUCACION DIABETOLOGICA QUE PUEDE SER GRAVE, QUE PUEDE LLEGAR A REHUSAR A SEGUIR PARTICIPANDO EN LA EDUCACION. (8).

PARA SABER EL TIPO DE INFORMACION QUE DEBE DARSE DE ACUERDO A LA FASE QUE SE ENCUENTRE EL PACIENTE ES NECESARIO CONOCER LA SIGUIENTE TIPIFICACION DE LAS FASES POR LAS QUE EVOLUCIONA EL PACIENTE DIABETICO.

TIPIFICACION DE GFELLER Y ASSAL.

FASE I. NEGACION MAS O MENOS INCONSCIENTE DE LA ENFERMEDAD. PERPLEJIDAD.

FASE II. ACTITUD DE REBELDIA FRENTE AL DIAGNOSTICO O A LOS CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA QUE EL TRATAMIENTO COMPORTA. AGRESIVIDAD.

FASE III. PACTO. SE PRODUCE EN ESTA FASE UNA NEGOCIACION ENTRE EL PACIENTE Y EL EQUIPO ASISTENCIAL. SON FRASES SIGNIFICATIVAS LAS DE "ACUERDO, SEGUIRA EL REGIMEN SI NO ME DA INSULINA".

FASE IV. PASADAS ESTAS FASES DE PERPLEJIDAD, RECHAZO, AGRESIVIDAD Y REGATEO, ES FRECUENTE QUE EL PACIENTE ENTRE EN UN PERIODO DE CIERTA DEPRESION, CON PERDIDA DE ESPERANZA. ESTA REACCION DEPENDERA MUCHO DEL TALENTO FUNDAMENTAL DE CADA PERSONA Y DE LOS MECANISMOS DE COMPENSACION QUE TENGA.

FASE V. ES DESEABLE LLEGAR A LA FASE DE ADAPTACION ACTIVA, EL PACIENTE SABE QUE NO CURARA DE SU DOLENCIA, PERO TAMBIEN A CONSEGUIDO CONVENCERSE DE QUE PUEDE TENER O MANTENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA SI ACEPTA LAS REGLAS DEL JUEGO. EN ESTA FASE LA EDUCACION ES MUY RENTABLE Y SE PUEDE LLEGAR A ALCANZAR UN BUEN GRADO DE AUTOCONTROL.

LA FAMILIA DIABETICA:

UNA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SER HUMANO ES EL HECHO DE VIVIR EN SOCIEDAD, EL HOMBRE PARA PODER SATISFACER SUS NECESIDADES BIOLOGICAS,

PSICOLOGICAS Y SOCIALES REQUIERE DE SIEMPRE PARTICIPAR Y MOVERSE DENTRO DE DIFERENTES GRUPOS EN SU VIDA DIARIA.

EXISTEN MULTIPLES DEFINICIONES DE FAMILIA , CONSIDERANDO QUE HA SIDO DEFINIDA POR VARIAS CIENCIAS Y AREAS ASI TENEMOS I. EL CONCEPTO DEL CENSO CANADIENSE Y DEL CENSO AMERICANO. II. LA DEFINICION DE FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO, BIOLOGICO, ANTROPOLOGICO Y MEDICO, EL CUAL DICE, LA FAMILIA ENLOBA LAS PARTES DEFINIDAS POR LAS OTRAS CIENCIAS, YA QUE ES LA UNIDAD BASICA DE EQUILIBRIO BIOPSIOSOCIAL-ECONOMICO TOMANDO EN CUENTA LOS CAMBIOS ANTROPOLOGICOS Y LAS CARACTERISTICAS DEL CENSO CANADIENSE Y EL AMERICANO. ASI MISMO LA FAMILIA HA SIDO DEFINIDA ESTRUCTURAL Y FUNCIONALMENTE, CONCLUYENDO QUE ES MUY COMPLEJO PODER DAR UNA DEFINICION DE FAMILIA SIN QUE SE NOS ESCAPEN ASPECTOS O CARACTERISTICAS DE LA MISMA, AFORTUNADAMENTE LAS DIFERENTES DEFINICIONES NO CONSTITUYEN UN VERDADERO PROBLEMA PARA EL PACIENTE, QUE RAPIDAMENTE PROPORCIONA AL CLINICO INFORMACION VALIDA ACERCA DE QUIENES CONSTITUYEN SU FAMILIA Y COMO INTERACTUA.

ES IMPORTANTE SABER LOS CONCEPTOS DE DINAMICA FAMILIAR ASI TENEMOS QUE SEGUN JACKSON LA DINAMICA FAMILIAR CONSISTE EN EL CONJUNTO DE FUERZAS POSITIVAS Y NEGATIVAS QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO DE CADA MIEMBRO HACIENDO QUE ESTA FUNCIONE BIEN O MAL COMO UNIDAD. CHAGOYA AGREGA QUE LA DINAMICA FAMILIAR NORMAL "ES UNA MEZCLA DE SENTIMIENTOS, COMPORTAMIENTOS Y EXPECTATIVAS ENTRE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA. LO CUAL PERMITE A CADA UNO DE ELLOS DESARROLLARSE COMO INDIVIDUOS Y LE INFUNDE SENTIMIENTOS DE NO ESTAR AISLADO Y DE PODER CONTAR CON EL APOYO DE LOS DEMAS.

EN LA BUSQUEDA DE METODOS QUE AYUDEN A UN MEJOR CONTROL DEL DIABETICO, LOS MEDICOS HAN OTORGADO EL CONTEXTO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES, INCLUYENDO LOS FACTORES PSICOSOCIALES, UN FACTOR PSICOSOCIAL QUE EJERCE UN PROFUNDO

EFFECTO EN EL CONTROL DEL DIABETICO, ES SU PROPIA FAMILIA, ES POR ELLO QUE RECIENTEMENTE SE HA ESTUDIADO COMO AFECTA ESTA AL CONTROL Y COMO DEBEN INTERVENIR LOS MEDICOS.

ENGLE EN 1979 CRITICO EL MODELO BIOQUIMICO, OBSERVANDO QUE ESE TRATAMIENTO BIOQUIMICO FRACASABA A CONSECUENCIA DE SU ENFOQUE LIMITADO Y SU TENDENCIA A LA REDUCCION. POSTULO UN MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA DENOMINADA "MODELO BASICO-SOCIAL". APLICANDO LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS DE MEDICINA, ENGLE PROPUSO QUE EL PACIENTE DEBE SER CONSIDERADO DENTRO DEL CONTEXTO DE SU VIDA CUALQUIER PERTURBACION DEL SISTEMA AL QUE PERTENECE, NO PERMANECERIA AISLADO SINO QUE REPERCUTIRIA SOBRE TODOS LOS SISTEMAS A LOS QUE ESTUVIERE CONECTADO. RECIENTES INVESTIGACIONES HAN DEMOSTRADO ASOCIACIONES ENTRE EL CONTROL DE LA DIABETES Y LA FUNCION FAMILIAR. AUNQUE LA MAYORIA DE LOS ESTUDIOS HAN SIDO REALIZADOS EN NIÑOS CON DIABETES INSULINODEPENDIENTES (DMID), MUCHOS DE LOS HALLAZGOS SON APLICABLES A LOS ADULTOS CON DMID. DOS ESTUDIOS REALIZADOS POR GREY Y COLS, COSKI Y KUMENTO HAN ENCONTRADO UNA ASOCIACION SIGNIFICATIVA ENTRE EL CONTROL DE LA DIABETES Y LA FUNCION FAMILIAR. EN AMBOS ESTUDIOS CUANTO PEOR ERA LA FUNCION FAMILIAR PEOR ERA EL CONTROL DE LA DIABETES. LOS ESTUDIOS REALIZADOS APOYAN LA HIPOTESIS DE QUE LA FUNCION FAMILIAR AFECTA EL CONTROL DE LA DIABETES. UNA DINAMICA EN PARTICULAR, LA COHESION FAMILIAR, PARECE SER CURVILINEA, DE MANERA QUE TANTO UNA ESCASA COMO UNA EXCESIVA COHESION DAN LUGAR A UN MAL CONTROL.

LA EVALUACION DE LA FAMILIA ES UNA ACTIVIDAD CLINICA EN LA QUE LOS MEDICOS DE ASISTENCIA PRIMARIA ESTUDIAN LA FAMILIA DEL PACIENTE PARA DETERMINAR SI EXISTEN PATRONES ANORMALES DE INTERACCION Y, SI ES ASI COMO CONTRIBUYEN AL ESTADO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.

LAS INDICACIONES DE LA EVALUACION DE LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON DMID

SON: EL MAL CONTROL DE LA ENFERMEDAD, LA SOSPECHA DE LA FALTA DE SEGUIMIENTO DE LA DIETA O DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y EL DESEO DEL PACIENTE DE PERDER PESO MEDIANTE LA DISMINUCION DE LA INGESTA. COMO LA FAMILIA ES IMPORTANTE PARA EL AJUSTE INICIAL DEL PACIENTE A SU ENFERMEDAD CRONICA, MUCHOS CLINICOS PIENSAN QUE SU EVALUACION ESTA INDICADA EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO, NO SOLO PARA DETERMINAR SI SE PUEDE SEGUIR ALGUN PROBLEMA EN EL PACIENTE O EN LA FAMILIA DURANTE ESTE PERIODO DE AJUSTE INICIAL, SINO TAMBIEN PARA AYUDAR A LA FAMILIA A COLABORAR CON EL PACIENTE A ADAPTARSE A UNA ENFERMEDAD CRONICA.

EN LA UMF NUMERO 20 DEL I.M.S.S. DEL D.F., SE HA ANALIZADO Y SE HA DIFUNDIR LA PROPUESTA METODOLOGICA A LA QUE SE HA DENOMINADO "ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR" QUE CONSISTE EN UN PROCESO EDUCATIVO PARA ABORDAR A LA FAMILIA APARTIR DE TRES EJES: I. EL DE LAS ESFERAS (BIOLOGICAS, PSICOLOGICAS Y SOCIAL); II. EL DE LOS AMBITOS (PSICOSOCIAL, SOCIODINAMICO E INSTITUCIONAL); Y III. DE LAS FUNCIONES (SERVICIO, DOCENCIA, INVESTIGACION); ESTOS TRES EJES SON ABORDADOS EN TRES MOMENTOS: EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO, EL DE PRONOSTICO Y MANEJO. LA ESTRATEGIA GENERAL DE LA AISFA CONSISTE EN REUNIR GRUPOS FAMILIARES QUE COMPARTEN UN PROCESO PATOLOGICO O DISFUNCIONAL Y SE TRABAJA CON ELLOS PARA QUE MEDIANTE LA INTERACCION, ENTRE SI Y CON EL EQUIPO DE SALUD ALCANCEN SUS OBJETIVOS ESPECIFICOS EN UN TIEMPO DETERMINADO.

LOS ESTUDIOS DE CERDA EN 52 FAMILIAS DIABETICAS REPORTA QUE NO EXISTE RELACION ENTRE EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL GRADO DE CONTROL DE LA DMNID, SIN EMBARGO, EXISTE UN VINCULO ENTRE LA MEJORIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA MEJORIA EN EL GRADO DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿SE MEJORA EL CONTROL METABOLICO TIPO II ADSCRITO A LA CLINICA DEL DIABETICO DE LA UMF NUMERO 94, SI SE LE OTORGA UNA EDUCACION DIABETOLOGICA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA?.

HIPOTESIS

HIPOTESIS UNIVERSAL:

LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II ASCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94, MEJORA SU CONTROL
METABOLICO, SI SE LE OTORGA UNA EDUCACION DIABETOLO--
GICA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA.

DISENO

TITULO

EL PROCESO EDUCATIVO EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO II Y SU FAMILIA
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, PARA LOGRAR EL CONTROL
METABOLICO.

CRITERIOS DE INCLUSION

I. PACIENTES DIABETICOS TIPO II Y SUS FAMILIAS , EN EL QUE EL PACIENTE DIABETICO ESTE ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94.

II. PACIENTE DIABETICO TIPO II Y SUS FAMILIAS EN EL QUE EL PACIENTE DIABETICO ADEMAS DE ESTAR ADSCRITO A LA UMF No 94 DESEE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

III. PACIENTE DIABETICO TIPO II QUE REUNA LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: EDAD ENTRE 30 Y 65 AÑOS, AMBOS SEXOS Y QUE SE ENCUENTRE METABOLICAMENTE DESCONTROLADO.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

I. PACIENTE DIABETICO QUE NO SEA TIPO II Y QUE NO ESTE ADSCRITO A LA UMF No 94.

II. PACIENTE DIABETICO Y SU FAMILIA QUE NO DESEE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

III. PACIENTE DIABETICO TIPO II QUE NO REUNA LAS CARACTERISTICAS DE EDAD O BIEN SE ENCUENTRE AL INICIO DEL ESTUDIO METABOLICAMENTE CONTROLADO.

CRITERIOS DE EXCLUSION

I. PACIENTES DIABETICOS TIPO II QUE EN EL TRANCURSO DEL ESTUDIO CAMBIEN DE CLINICA DE ADSCRIPCION.

II. PACIENTES DIABETICOS Y UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, QUE FORMEN PARTE DEL GRUPO QUE NO REUNAN UN 75 A 100% DE ASISTENCIA AL CURSO.

III. PACIENTE DIABETICO TIPO II QUE DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL ESTUDIO LLEGUE A FALLECER.

UNIVERSO DE TRABAJO

PACIENTE DIABETICO TIPO II Y SUS FAMILIAS, PACIENTES DE AMBOS SEXOS, CON EDAD ENTRE 30 Y 60 AÑOS, METABOLICAMENTE DESCONTROLADOS, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94.

MUESTRA

EL TAMAÑO DE LA MUESTRA SE OBTUVO EN FORMA INTENCIONADA, YA QUE POR LAS CARACTERISTICAS DE ESTUDIO NO PERMITIA UNA MUESTRA MAYOR QUE AUNQUE FUERA A SER REPRESENTATIVA NO CUBRIRIA LAS NECESIDADES DEL ESTUDIO.

CABE MENCIONAR QUE UNA DE LAS CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO QUE IMPEDIA OBTENER UNA MUESTRA MAYOR ERA LA DE QUE LOS PACIENTES SE SOMETIAN A UN PROCESO EDUCATIVO Y BIEN SABEMOS QUE ES ANTIDIDACTICO TRABAJAR EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE CON GRUPOS NUMEROSOS.

ANALISIS ESTADISTICO

PARA ESTE ESTUDIO UTILIZAMOS LA PRUEBA PARA MUESTRAS MEDIDAS DOS VECES (MC NEMMER), YA QUE PARA NUESTRO ESTUDIO SE UTILIZO AL MISMO GRUPO COMO SU PROPIO CONTROL, DADO QUE SE OBTUVIERON MEDICIONES AL INICIO Y AL FINAL DEL PROCESO.

PARA LO CUAL SE ESTABLECIO LO SIGUIENTE:

1. SE PRECISO EL NIVEL DE CONFIANZA IGUAL A 0.05
2. EL TAMAÑO DE LA MUESTRA FUE N IGUAL A 14
3. LOS GRADOS DE LIBERTAD CALCULADOS FUERON GL. IGUAL A 13
4. LA FORMULA UTILIZADA FUE LA SIGUIENTE:

$$S = \sqrt{\frac{D^2}{N} - (\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

DONDE S ES LA DESVIACION ESTANDAR DE LA DISTRIBUCION DE PUNTAJE DE DIFERENCIAS ANTES Y DESPUES.

D ES EL PUNTAJE "CRUDO" DESPUES, RESTANDO EL PUNTAJE "CRUDO" ANTES.

5. LA EXPRESION DE LA HIPOTESIS ES:

A: PACIENTES CON EDUCACION DIABETOLOGICA.

B: PACIENTES SIN EDUCACION DIABETOLOGICA.

$$A = B$$

$$A > B$$

DE ACUERDO A LA PRUEBA UTILIZADA, NUESTRO ESTUDIO TUVO UNA SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CON P MENOR DE 0.05, YA QUE LA RAZON T REAL DEL ESTUDIO FUE MAYOR A LA RAZON DE T TEORICA.

POR LO QUE SE ACEPTA LA HIPOTESIS GENERAL.

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA I
SEXO

SEXO	FRECUENCIAS	%
MASCULINO	5	35.7
FEMENINO	9	64.3
TOTAL	14	100.0

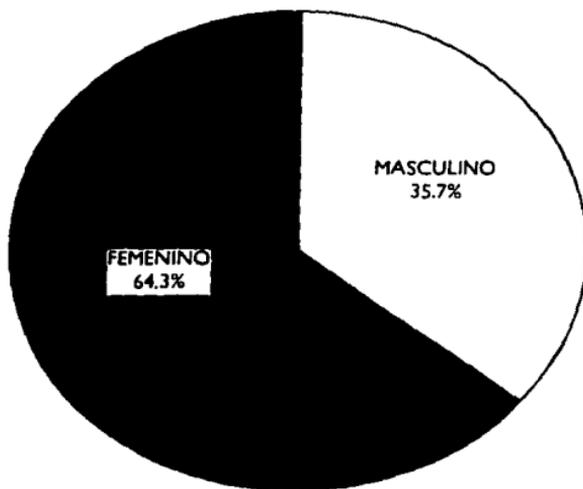
GRAFICA I
SEXO

TABLA 2
EDAD

INTERVALO	FRECUENCIA	%
71-75	1	7.1
66-70	2	14.3
61-65	2	14.3
56-60	3	21.4
51-55	2	14.3
46-50	2	14.3
41-45	2	14.3
TOTAL	14	100.0

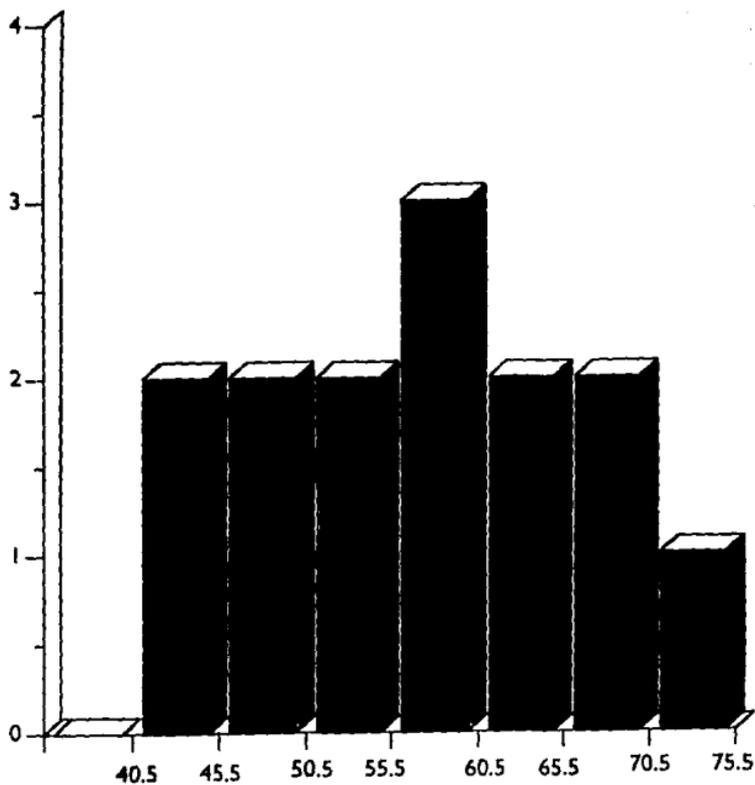
GRAFICA 2
EDAD

TABLA 3
TIEMPO DE EVOLUCION

	F	%
30-32	1	7.14
21-23	2	14.28
18-20	1	7.14
15-17	1	7.14
9-11	2	14.28
3-5	3	21.48
-2	4	28.57
TOTAL	14	100.00

\bar{X} : 10.42

S : 9.54

GRAFICA 3
TIEMPO DE EVOLUCION

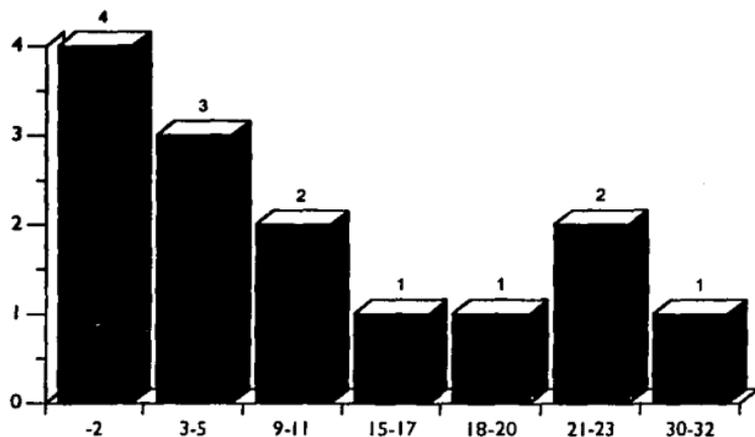


TABLA 4
GRADO DE ESCOLARIDAD

	F	%
NINGUNA	2	14.28
2-3	4	28.57
3-6	5	35.72
SEC.	3	21.43
TOTAL	14	100.00

GRAFICA 4
GRADO DE ESCOLARIDAD

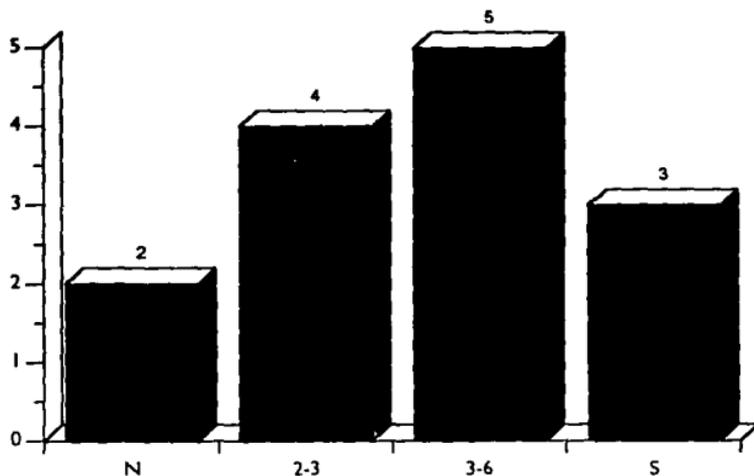


TABLA 5
ASISTENCIA AL CURSO

	F	%
8	6	42.86
7	4	28.57
6	4	28.57
TOTAL	14	100.00

GRAFICA 5
ASISTENCIA AL CURSO

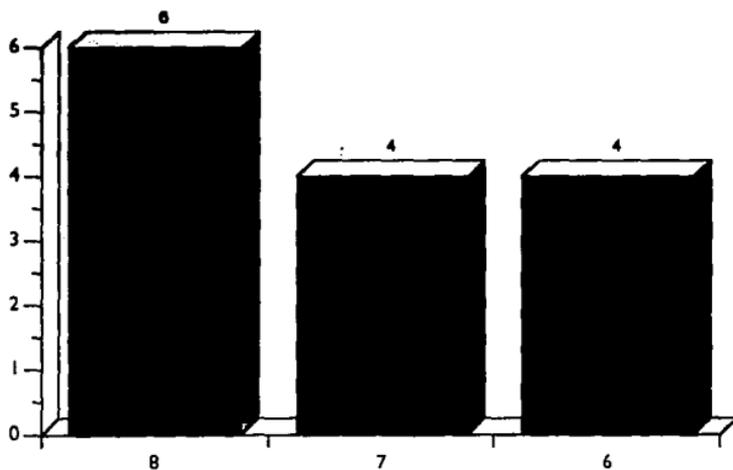


TABLA 6
PARTICIPACION FAMILIAR

	F	%
BUENA	6	42.86
REGULAR	3	21.42
MALA	5	35.72
TOTAL	14	100.00

GRAFICA 6
PARTICIPACION FAMILIAR

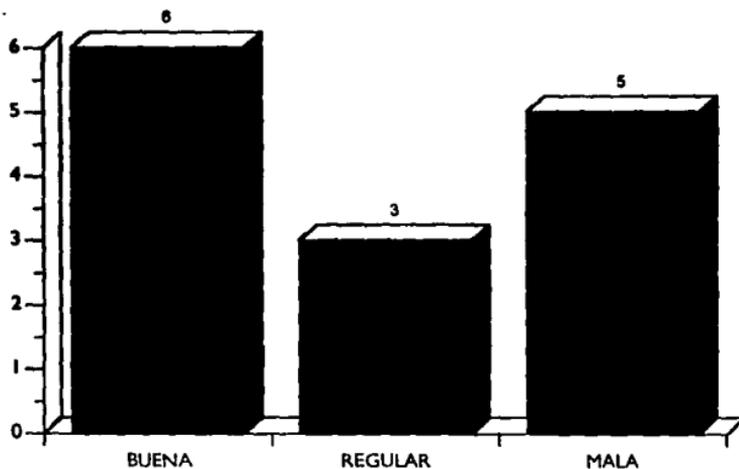


TABLA 7
CALIFICACIONES AL INICIO Y FINAL

CALIFICACION	FRECUENCIA INICIAL	%	FRECUENCIA FINAL	%
2	2	14.2		
3	1	7.1		
4	5	35.7		
5	3	21.5	1	7.2
6	3	21.5	1	7.2
7			3	21.5
8			6	42.8
9			1	7.1
10			2	14.2
TOTAL	14	100.0	14	100.0

GRAFICA 7
CALIFICACIONES AL INICIO Y FINAL

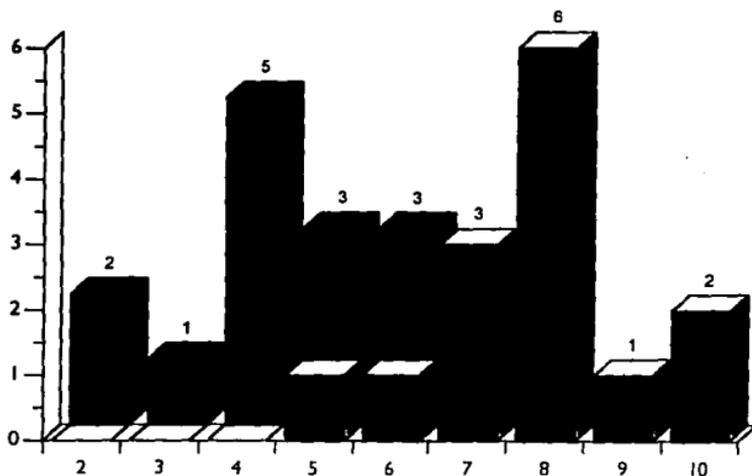
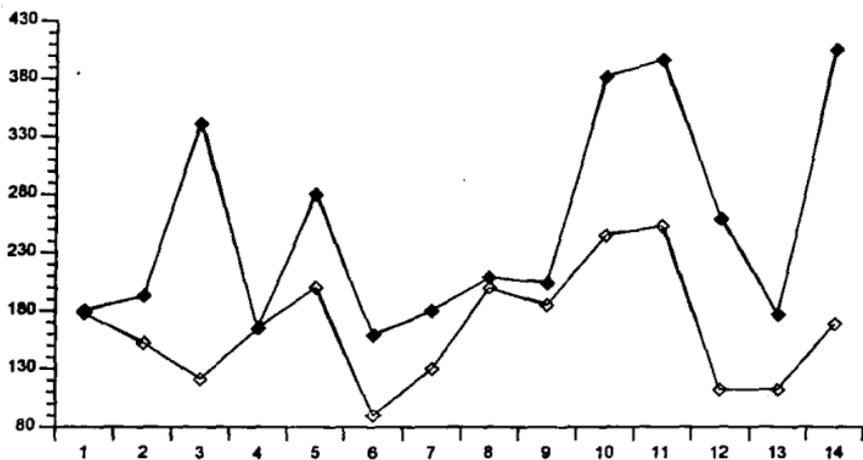


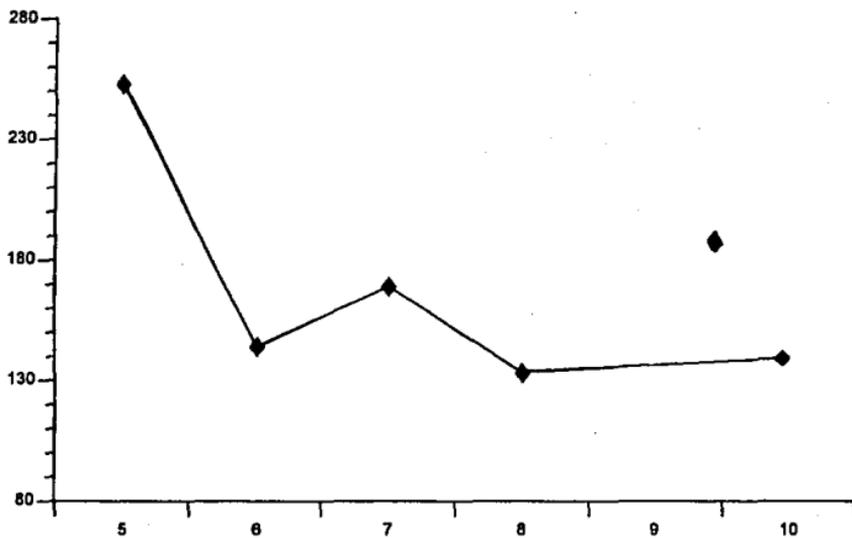
TABLA 8
RELACION DE GLICEMIAS
AL INICIO Y FINAL DEL CURSO

	INICIO	FINAL	DIF.
1	180	178	2
2	193	152	41
3	341	121	220
4	165	165	0
5	280	200	80
6	159	90	29
7	180	130	50
8	209	200	9
9	204	185	19
10	382	245	137
11	397	253	144
12	259	112	147
13	177	112	65
14	406	169	237

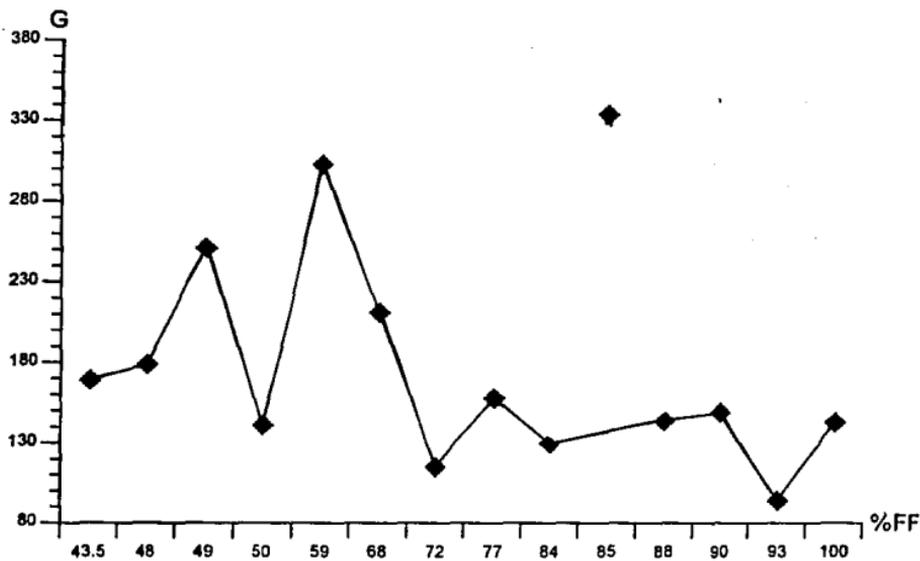
GRAFICA 8
RELACION DE GLICEMIAS
AL INICIO Y FINAL DEL CURSO



GRAFICA 9
GRADO DE CONOCIMIENTO
EN RELACION A CONTROL METABOLICO



GRAFICA 10
PARTICIPACION FAMILIAR
EN RELACION A CONTROL METABOLICO



%FF PORCENTAJE DE PARTICIPACION FAMILIAR

G GLICEMIAS

EVALUACION DE LA FUNCION FAMILIAR

	CASI SIEMPRE		ALGUNA OCASIONES		DIFICILMENTE	
	F	%	F	%	F	%
1. ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUNADO TENGO ALGUN PROBLEMA	13		1			
		92.8		7.1		
2. ESTOY SATISFECHO CON LA MANERA EN QUE MI FAMILIA PLATICA DE IGUAL ACUERDO E INTERES Y PARTICIPA CONMIGO EN LA SOLUCION DE PROBLEMAS	9		4		1	
		64.2		28.5		7.1
3. ENCUENTRO QUE MI FAMILIA ACEPTA MIS DESEOS DE TOMAR NUEVAS ACTIVIDADES O HACER CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA	11		3			
		78.5		21.4		
4. ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS DE IRA, AFLICCION Y AMOR	12		2		1	
		85.7		14.2		7.1
5. ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE MI FAMILIA Y YO PASAMOS JUNTOS	8		5		1	
		57.1		35.7		7.1
6. MI FAMILIA ME TOMA EN CUENTA EN LAS SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS DE LA CASA	10		4			
		71.4		28.5		
7. MI FAMILIA ESTA PENDIENTE DE MIS CITAS CON EL MEDICO Y ME ACOMPAÑA	9		3		2	
		64.2		21.4		14.2
8. MI FAMILIA SABE QUE MEDICAMENTOS TOMO Y ME RECUERDA EL HORARIO CON QUE DEBO TOMARLOS	7		6		1	
		50.0		42.8		7.1
9. MI FAMILIA ESTA CONCIENTE DE QUE DIETA DEBO LLEVAR Y ME AYUDA A LLEVAR	8		4		2	
		57.1		28.5		14.2
10. MI FAMILIA ME MOTIVA PARA PRACTICAR EJERCICIOS	2		4		8	
		14.2		28.5		27.1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
 "CLINICA DEL DIABETICO"

36.

NOMBRE: _____ FAMILIA: _____ D. D. _____
 SEXO: _____ OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____ C. U. _____
 DOMICILIO: _____ TEL: _____

1. CUANTOS AÑOS TIENE DE SER DIABETICO: _____
 2. COMO SE SE CONTROLA LA DIABETIS Y COMO LO TOMA O APLICA _____
 3. ¿QUE OPINA DE SU ENFERMEDAD? _____

LEA CUIDADOSAMENTE CADA PARRAFO Y MARQUE CON UN X, LA OPINION QUE SEA MAS
 CERCANA A SU REALIDAD:

- | | CASI
SIEMPRE | ALGUNAS
OCASIONES | RAREAS
OCASIONES |
|---|-----------------|----------------------|---------------------|
| 1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibí de mi familia cuando tengo algún problema. | _____ | _____ | _____ |
| 2. Estoy satisfecho con la manera en que mi familia platicó de igual acuerdo e interés y participa conmigo en la solución de problemas. | _____ | _____ | _____ |
| 3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida. | _____ | _____ | _____ |
| 4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, aflicción y temor. | _____ | _____ | _____ |
| 5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos. | _____ | _____ | _____ |
| 6. Mi familia me toma en cuenta en las soluciones de los problemas de la casa. | _____ | _____ | _____ |
| 7. Mi familia está pendiente de mis citas con el Médico y me acompaña. | _____ | _____ | _____ |
| 8. Mi familia sabe que medicamentos tomo y me recuerda el horario con el que debo tomarlos. | _____ | _____ | _____ |
| 9. Mi familia está consciente de que dieta debo llevar y me ayuda a llevarla. | _____ | _____ | _____ |
| 10. Practica algún Ejercicio | _____ | _____ | _____ |
| 11. Mi familia me motiva para practicar ejercicios. | _____ | _____ | _____ |

RESULTADOS

1. SE SOMETIERON A PROCESO DE EDUCACION DIABETOLOGICA A 22 PACIENTES DIABETICOS Y UN INTEGRANTE DE SU FAMILIA. DE LOS CUALES, CONCLUYERON 14 PACIENTES Y SU FAMILIA EL PROCESO, YA QUE EL RESTO NO CUMPLIO CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION.
2. DE LOS 14 PACIENTES SOMETIDOS A PROCESO EDUCATIVO PROMEDIO EL SEXO FEMENINO EN UN 64.2% CON UNA RELACION DE HOMBRE MUJER DE 1 : 1.4
3. EN CUANTO A EDAD PROMEDIO EL INTERVALO DE EDAD DE 56 A 60 AÑOS, CON UNA MEDIDA DE 56.9 AÑOS.
4. EN CUANTO A TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES EN LOS PACIENTES FUE VARIABLE, OBTENIENDO UN PROMEDIO DE 8.5 AÑOS DE EVOLUCION.
5. EL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO, FUE EN UN 35.7% CON PRIMARIA INCLUIDA, EL 28.57% QUE CURSARON MENOS DE TRES AÑOS DE PRIMARIA, EL 21.42% LOGRO CURSAR LA SECUNDARIA Y EL 14.28% NO OBTUVO NINGUN GRADO DE ESCOLARIDAD.
6. A TRAVES DE UN CUESTIONARIO UTILIZADO AL PRINCIPIO Y AL FINAL DEL CURSO DETECTAMOS QUE AL INICIO: TRES PACIENTES PRACTICABAN ALGUN EJERCICIO CASI SIEMPRE, CUATRO EN ALGUNAS OCASIONES Y SIETE NUNCA HACIAN EJERCICIO, AUNQUE DURANTE EL CURSO SE HABLO DE LA IMPORTANCIA PARA EL CONTROL METABOLICO LA PRACTICA DE ALGUN EJERCICIO, SOLO SE LOGRO QUE UN PACIENTE QUE NUNCA HACIA EJERCICIO SE CONVENCIERA DE PRACTICARLO Y UNO QUE LO HACIA OCASIONALMENTE LO PRACTICARA CON MAYOR FRECUENCIA.
7. OTRO COMPORTAMIENTO OBSERVADO FUE CON RELACION A LA DIETA LA CUAL AL INICIO DEL CURSO CINCO PACIENTES NO LLEVABAN LA DIETA, AL FINAL DEL CURSO TRES SE CONVENCIERON DE LLEVARLA Y LAS DOS RESTANTES ARGUMENTARON LE ERA

DIFICIL LLEVARLA.

8. LOS PACIENTES SE SOMETIERON A UNA EVALUACION COGNITIVA ANTES DE INICIAR EL PROCESO EDUCATIVO, CON FINES DIAGNOSTICOS DANDONOS CUENTA A TRAVES DE UN CUESTIONARIO DE 10 ACIERTOS QUE EL 35.7% DE LOS PACIENTES OBTUVIERON SOLO 4 ACIERTOS CON UNA MEDIA DE CALIFICACION DE 4.28 .

9. LA EVOLUCION COGNOSCITIVA QUE SE EFECTUO AL TERMINO DEL CURSO, REVELO RESULTADOS POSITIVOS TENIENDO ASI QUE EL 42.8% DE LOS PACIENTES LOGRO 8 ACIERTOS CON UNA MEDIDA DE CALIFICACION DE 7.78 .

10. LAS GLICEMIAS EN AYUNO DE LOS PACIENTES, DETERMINADAS AL INICIO ERAN TODAS MAYORES DE 150 MG/DL, AL FINAL DEL CURSO LAS CIFRAS DE GLUCEMIA DESCENDIERON, A EXCEPCION EN UN PACIENTE EN EL QUE NO HUBO NINGUNA MODIFICACION, SOLO SE LOGRO EN EL 42.85% DE LOS PACIENTES EL CONTROL CON CIFRAS DE GLICEMIAS MENORES DE 140 MG/DL.

11. DE ACUERDO A LA EVALUACION QUE SE REALIZO PARA MEDIR LA PARTICIPACION FAMILIAR DEL PACIENTE DIABETICO ENCONTRAMOS QUE EL 42.85% DE LAS FAMILIAS SE CONSIDERO CON BUENA PARTICIPACION, EL 21.42% CON REGULAR Y EN EL 35.71% CON MALA PARTICIPACION, OBSERVANDO QUE LA PARTICIPACION FAMILIAR CON EL CONTROL METABOLICO ERA DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A MEJOR PARTICIPACION FAMILIAR, MEJOR CONTROL METABOLICO.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA³⁹.

CONCLUSIONES

EL LOGRAR QUE EL PACIENTE DIABETICO ALCANCE UN CONTROL METABOLICO OPTIMO ATRVES DE UN PROCESO EDUCATIVO NOS OBLIGA A CREAR PROGRAMAS DE EDUCACION ACORDE CON LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, TOMANDO EN CUENTA QUE SE DEBEN CONSIDERAR VARIOS FACTORES PROPIOS DEL PACIENTE, COMO LA EDAD, ESCOLARIDAD, PRESENCIA DE OBESIDAD, TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES, PRESENCIA DE HIPERLIPIDEMIAS, ASI COMO LA FASE DE EVOLUCION DEL PACIENTE (SEGUN LA TIPIFICACION DE GFELLER Y ASSAL). LA TECNICA DIDACTICA QUE DEBE PREDOMINAR EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA DISCUSION ACTIVA DE LOS EDUCANDOS CON LA COORDINACION DEL EDUCADOR Y UNA CARACTERISTICA IMPORTANTE QUE DEBE TENER ESTE ULTIMO ES LA CAPACIDAD DE MOTIVAR AL GRUPO, SI CONSIDERAMOS TODO LO ANTERIOR LOGRAREMOS NUESTRO OBJETIVO.

ASI MISMO ES IMPORTANTE HACER INCAPIE EN QUE DESPUES DEL PROCESO EDUCATIVO SE DEBE CONTINUAR CON UNA EDUCACION CONTINUA, DE MUTUA COMUNICACION ENTRE EL PACIENTE DIABETICO Y EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO. CONSIGNAMOS LOS PROGRAMAS DE EDUCACION A PACIENTES DIABETICOS QUE SE EMPLEAN CUBRIENDO SOLO LAS NECESIDADES INSTITUCIONALES Y QUE SE LIMITAN A UN NUMERO DE SESIONES PARA CON ELLO DAR POR EDUCADO A UN PACIENTE.

NO ES POSIBLE CONTINUAR CON EL MODELO DE ATENCION INDIVIDUAL AL ENFERMO DIABETICO, ES NECESARIO AMPLIAR NUESTROS HORIZONTES DE TRABAJO Y ABORDARLO COMO MIEMBRO DE UNA FAMILIA, ES POR ELLO QUE LOS MEDICOS FAMILIARES ESTAMOS OBLIGADOS A VALORAR LA PARTICIPACION FAMILIAR DEL PACIENTE Y TRABAJAR EN ELLO PARA OBTENER UN MEJOR CONTROL DEL PACIENTE.

BIBLIOGRAFIA

1. JOSLIN EP DIABETES MELLITUS. BUENOS AIRES ARGENTINA ED. INTERAMERICANA. 1990 845-65 Y 883-95.
2. BERNADINE Z. PAULSHOCK AJM. THE MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICAM DIABETES MELLITUS. INTERAMERICANA MC. GRAW. 1988 72 No 419-20.
3. CERDA OCHOA A. "ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAS DIABETICAS. MEMORIAS XVII SIMPOSIUM NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR. AGOSTO DE 1986.
4. CERDA OCHOA A. "MARCO TEORICO METODOLOGICO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR". TRABAJO TRABAJO PRESENTADO EN EL XVIII SIMPOSIUM NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR DE LA ANREMFAC AGOSTO DE 1986.
5. STEVEN A. MAZZUCA PH D, NICKY H. ET ALL. DIABETES EDUCATION STUDY A CONTROLLED TRIAL OF THE EFFECTS OF DIABETES PATIENT EDUCATION. DIABETES CARE 1986;9:1 1-10.
6. ADAMSON E. MPH, AND GULLON D, MD. ASSESSMENT OF DIABETES CONTINUIN MEDICAL EDUCATION, DIABETES CARE 1986 9:1:11-16.
7. PONS ALVAREZ O. "MANJEO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIABETICA MEMORIAS XVII SIMPOSIUM NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR AGOSTO 1986.
8. DATZ L. DINAMICA DE LA FAMILIA. MECANOGRAMA DE LA FAMILIA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL I.M.S.S. MEXICO 1979.
9. CHAGOYA A. "LA FAMILIA NORMAL Y PATOLOGICA, MEXICO 1971 23-25.
10. AUTOR DESCONOCIDO. "LA FAMILIA" MECANOGRAMA DE LA FAMILIA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL I.M.S.S.