

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**MODELO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN CON
LA ADHERENCIA TERAPEUTICA POR PARTE DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS.**

**TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER ÉL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL PRESENTA:
VERONICA ZERMEÑO PEREZ.**

DIRECTOR: LIC. JOSE LUIS SAINZ VILLANUEVA

MEXICO

ENERO 2002

**TESIS CON
FALLA LE OR:GEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

La presente tesis se enfoca a la problemática que se presenta por la falta de apego al tratamiento terapéutico de pacientes con diabetes mellitus en el Centro de Salud Urbano "Vergelito" pertenecientes al ISEM (Instituto de Salud del Estado de México).

La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud pública en nuestro país que implica elevadas prevalencias en las tasas de morbilidad y mortalidad, al existir un inadecuado control en el nivel de glucosa; por lo que surge la necesidad de realizar un estudio diagnóstico que aporte mayores conocimientos sobre este problema. Para poder elaborar un modelo de intervención de trabajo social.

La presentación de los resultados de la investigación y la elaboración del modelo se hacen a través del desarrollo de tres capítulos.

En el primer capítulo se realizará una revisión y análisis de la Norma Técnica Oficial Mexicana para la prevención y control de la Diabetes Mellitus. Así mismo se analizará hasta que punto las secciones señaladas por la Norma Oficial Mexicana son llevadas a cabo en el Centro de Salud Urbano Vergelito del ISEM.

Por otra parte el capítulo abarcará un apartado conceptual sobre la Diabetes Mellitus desde una perspectiva biopsicosocial destacando los factores que la ocasionan, así como sus manifestaciones a fin de tener información sencilla y práctica acerca de los aspectos básicos más sobresalientes para el cuidado y tratamiento del paciente diabético, lo que permitirá enfatizar la importancia del tratamiento integral del paciente diabético.

En el siguiente capítulo, los contenidos se abocan a la descripción del modelo de intervención dirigido a pacientes que presentan la falta de apego al tratamiento terapéutico de la Diabetes Mellitus. En él se puntualizará el perfil socioeconómico del paciente y su familia, así como la descripción detallada de la problemática que influyen en el abandono del tratamiento. Para la presentación de esta información se utilizará como herramienta metodológica la construcción del escenario de intervención que permita caracterizar y resaltar los factores institucionales, familiares, económicos etc, que inciden y propician la falta de apego al tratamiento.

En el tercer capítulo primordialmente se explicará el marco metodológico que sirvió de base a la investigación de campo, puntualizándose la operacionalización de las hipótesis a través del instrumentos utilizado así como el tratamiento estadístico desde la determinación de tamaño de la muestra, las pruebas utilizadas y el proceso de seguimiento y evaluación para la obtención de los resultados, lo que permitirá evaluar el alcance y las limitaciones del modelo en cuanto a su impacto en el apego al tratamiento.

Para tal fin el contenido puntualiza sobre los resultados de las mediciones temporales realizadas, así como el proceso desarrollado con el grupo de pacientes diabéticos a los que se aplicó el modelo, describiendo sus comportamientos y la modificación de actitudes con respecto a su enfermedad y al mismo tratamiento.

Al término del capítulo, se dan las conclusiones a las que se llegó después de un proceso de investigación, y la aplicación de un modelo de intervención que de respuesta a la problemática que se presenta en relación al padecimiento de diabetes mellitus en el Centro de Salud Urbano "Vergelito". Y la importancia de que el trabajador social forme parte del equipo interdisciplinario que brindan los servicios de salud a la población.

INDICE

	PAG.
CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL DE LA DIABETES MELLITUS	1
1.1. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria a la Salud.....	2
1.1.1 Disposiciones generales.....	2
1.1.2 Medidas de prevención.....	3
1.1.3 Medidas de control.....	5
1.2 Marco conceptual de la diabetes mellitus.....	9
1.2.1 Clasificación de la Diabetes Mellitus.....	11
1.2.2 Factores y manifestaciones biopsicosociales de la Diabetes Mellitus.....	13
1.2.3 Tratamiento integral del paciente Diabético.....	18
CAPITULO II. MODELO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR PARTE DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS	23
2.1 Escenario de intervención (características generales de los pacientes y problemática prioritaria.....	23
2.2 Objetivos y estrategias.....	28
2.3 Programas y proyectos.....	30
2.4 Proceso de seguimiento y evaluación.....	53
CAPITULO III. RESULTADO DE LA VALORACIÓN DEL MODELO PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD "VERGELITO" DEL ISEM	164
3.1 Marco Metodológico.....	164
3.2 Presentación y análisis de los resultados.....	165
3.3 Impacto del modelo en torno al apego al tratamiento terapéutico.....	167
CONCLUSIONES	172
ANEXOS	175
BIBLIOGRAFIA	189

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes se conoce desde la antigüedad. Los escritos médicos chinos mencionaban un síndrome de polifagia, polidepsia y poliuria. Arateo (70 a. C.) describió la enfermedad y le dio su nombre, que en griego significa "correr a través". El estudio de la orina diabética fue iniciado por Paracelso en el siglo XVI; sin embargo 100 años después Thomas Willis describió la dulzura de la orina diabética "como si estuviera impregnada de miel o de azúcar", y Dobson comprobó que era azúcar, esto dio lugar al enfoque dietético del problema. Morton (1986) hizo notar el carácter hereditario de la enfermedad. En 1859, Claudio Bernad demostró el contenido elevado de glucosa en la sangre diabética, como un signo cardinal de la enfermedad.

En 1869, Langerhans, describió los islotes celulares de páncreas. Von Mering y Minkowski en 1889 demostraron que se pueden volver diabéticos a los perros mediante pancreatectomía. Sin embargo, transcurrieron más de 30 años antes de que Benting y Best pudieran preparar un extracto de páncreas de perro que pudiera disminuir la elevación de la concentración sanguínea de la glucosa.

En 1939, Hagedorn introdujo la primera insulina de acción prolongada. Nicol y Smith describieron la estructura química de insulina humana en 1960.

En 1967, Steiner describió una gran molécula de "proinsulina" que es convertida por acción enzimática en insulina activa, como molécula más pequeña.

El descubrimiento accidental de la acción hipoglucemiante de carbutamida por Franke y Funchs en Alemania, en 1955 y los trabajos experimentales iniciales de Laubatières en Francia iniciaron el uso de los agentes hipoglucemiantes orales.

1.1. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

Los cambios en el estilo de vida y la mayor esperanza de la misma han modificado notablemente los patrones de enfermedad y de muerte en México. Ante los crecientes daños a la salud los sistemas de salud deben responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales, no solo para satisfacer la creciente demanda de los enfermos diabéticos, sino para modificar las tendencias de los padecimientos que pueden prevenirse.

La encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmitibles reporta que el 8.2% de la población de 20 a 69 años padece Diabetes Mellitus, esta enfermedad ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico-degenerativas, representando la cuarta causa de mortalidad general. Las enfermedades crónico-degenerativas son padecimientos que una vez que se presentan son incurables y van degenerando el organismo con el paso del tiempo. La diabetes mellitus es una de ellas pero con un adecuado tratamiento se puede evitar o retardar las complicaciones que este padecimiento genera.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control tiene el fin de obtener los siguientes beneficios: disminuir la mortalidad, la prevalencia, el riesgo de complicaciones que este padecimiento genera y elevar la calidad de vida de los enfermos, señala las acciones preventivas a realizar por los diversos sectores de la población.

Los sistemas de salud deben de responder a las necesidades generadas por el cambio y adoptar estrategias nuevas ante los problemas de salud actuales, tanto para satisfacer la creciente demanda de los enfermos diabéticos, como para modificar las tendencias de este padecimiento que pueden prevenirse.

1.1.1. Disposiciones generales.

Es difícil establecer la incidencia de la diabetes mellitus ya que el criterio de diagnóstico a sido variable y poco preciso. La incidencia esta afectada por factores étnicos, económicos y ambientales. En Estados Unidos se han realizado estudios epidemiológicos, que muestran que hay grupos étnicos con alta incidencia de diabetes. Se piensa que la

población mestiza de nuestro país tiene características semejantes. Se calcula que de dos a tres pacientes de la población general padece diabetes mellitus, y en nuestro país existen datos aislados que muestran que este es uno de los principales problemas que causan la solicitud de servicios médicos por lo que "es importante definir principios de prevención y manejo de la diabetes que permitan por un lado disminuir la prevalencia de la enfermedad y por otro lado establecer programas de atención médica efectivas y medidas de prevención secundaria bien fundadas para disminuir el gran impacto que esta enfermedad puede producir en morbilidad, invalidez y mortalidad"⁽¹⁾.

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus define los principios de prevención y manejo de la enfermedad que rigen las actividades que deben ser llevadas a cabo por los servicios de salud de los sectores públicos, social y privado del país.

Esta norma es esencial para unificar los procedimientos y criterios de observancia del Sistema Nacional de Salud en la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus con el fin de asegurar una atención de calidad y adecuado a los enfermos que coadyuva a evitar el aumento de la morbilidad, invalidez y mortalidad que genera dicha enfermedad.

1.1.2. Medidas de prevención.

Las medidas preventivas de la diabetes mellitus van dirigidas a la población en general, tanto a personas que ya tienen el padecimiento, para evitar complicaciones tempranas, como a la población que aun no la desarrolla pero que por su estilo de vida esta en riesgo de padecerla.

Las medidas preventivas de la Diabetes Mellitus deben ser dirigidas a prevenir el desarrollo de la enfermedad en sujetos susceptibles, mantener la salud y mejorar la calidad de vida del paciente a través de educación y cuidado efectivo, educar al personal de salud para mejorar su eficiencia en el cuidado y educación del paciente diabético, prevenir y controlar oportuna y eficientemente las complicaciones de la enfermedad y disminuir la mortalidad que representa esta enfermedad, así como sus costos y complicaciones, apoyar la investigación para prevenirla y controlarla.

¹ DIARIO OFICIAL, viernes 3 de junio de 1994, pág. 51, 53, 54.

Las medidas de prevención se dividen en: primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria.

Esta tiene como finalidad evitar que la población padezca diabetes mellitus.

Los programas encaminados a la prevención primaria deben ser dirigidos a lograr cambios en el estilo de vida, debiendo evitar los siguientes factores: obesidad, desnutrición, sedentarismo, consumo de alcohol, estrés severo y prolongado, uso injustificado de medicamentos que afectan el metabolismo de los carbohidratos (tiazidas, glucocorticoides, defenilhidantoina, bloqueadores Beta - adrenérgicos, etc.).

Estos programas serán dirigidos a la comunidad en general, poniendo énfasis especial en individuos con alto riesgo y grupos escolares.

Prevención secundaria.

Va dirigida a personas susceptibles de desarrollar diabetes mellitus, con el fin de realizar un diagnóstico oportuno siguiendo los siguientes lineamientos.

*Detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes.

Realizar tamizaje a toda persona mayor de 25 años que acuda a consulta a las unidades de salud que soliciten de cualquier servicio.

En los individuos de alto riesgo debe hacerse estudio periódico de la glucemia y, en caso de duda, investigar más en detalle el diagnóstico.

El estudio de glucemia después de una comida no es apropiado.

Dar tratamiento oportuno y las medidas encaminadas a evitar la progresión del deterioro de la salud a través de dieta, ejercicio, reducción de peso y el uso de hipoglucemiantes orales y o insulina para disminuir la velocidad del proceso patológico en algunos casos.

Prevención terciaria.

La prevención terciaria esta dirigida a limitar los daños provocados por la enfermedad o retrasarlos, con base en los siguientes lineamientos.

- Deben prevenirse y retrasarse las complicaciones de la diabetes.
- Amputaciones. Cuidar los pies y promover la educación al respecto, la reducción de los factores de riesgo y la atención de las lesiones por el médico.
- Ceguera. El control metabólico ha sido efectivo para reducir esta complicación. La detección y el tratamiento oportuno de las lesiones retinianas pueden evitar la ceguera. Es necesario capacitar a los médicos que atienden pacientes con esta enfermedad a reconocer las lesiones y referir tempranamente a los pacientes al oftalmólogo.
- Enfermedad Cardiovascular. Difundir la dieta adecuada para toda la población y en particular en el paciente diabético, disminuir el hábito tabaquico, detectar y tratar oportuna y adecuadamente la hipertensión arterial y las alteraciones de los lípidos en el paciente diabético.
- Enfermedad Renal. Abatir la prevalencia y progresión de las lesiones y el deterioro de la función de los riñones.
- Complicaciones del Embarazo. Un control estricto de la diabetes antes de la concepción es indispensable. El control durante el embarazo puede evitar malformaciones cuando se instituye desde el principio del mismo, igualmente contribuye a disminuir complicaciones maternas y fetales.
- Se realizará detección de diabetes durante el embarazo en todas las mujeres, especialmente las de alto riesgo.

1.1.3. Medidas de control.

Las medidas de control de la Diabetes Mellitus comprenden la identificación del paciente, el tratamiento, el registro y seguimiento del caso.

La identificación del paciente (comprobación del diagnóstico) requiere cualquiera de las siguientes condiciones:

- Elevación franca de las concentraciones de glucosa sanguínea en sujetos con cuadro clínico.
- Elevación de glucosa en ayunas en más de una ocasión.
- Curva de tolerancia a la glucosa anormal en más de una ocasión.

Tratamiento:

Con un tratamiento adecuado la mayoría de pacientes diabéticos alcanzan niveles de glucosa en un rango próximo a la normatividad y con esto se previenen consecuencias a largo plazo de la enfermedad. Tomando en cuenta las causas que generan las diabetes mellitus es necesario que el tratamiento de la Diabetes Mellitus se debe llevar a través de los siguientes recursos: educativo, nutricional, ejercicios y medicamentos.

EDUCATIVO:

Los especialistas que atienden a personas con diabetes han reconocido la importancia que tiene para el paciente el reconocimiento de su enfermedad y la forma en que puede colaborar para controlarla, que lo que aprenda tenga un significado para él y una aplicación básica en su vida, para lograrlo es necesario la capacitación del personal de salud responsable (médicos, enfermeras, educadores en actividad física, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), del paciente y familiares sobre todos los aspectos relacionados con la enfermedad (generalidades, nutrición, ejercicio, hipoglucemiantes orales, insulina y procedimientos de evaluación cotidiana).

El equipo de salud debe estar formado por un grupo de personas especialmente entrenadas y capacitadas en la educación del paciente diabético. Debe propugnarse por la organización de grupos de pacientes con dicha enfermedad.

NUTRICIONAL:

Se basa en la cantidad de kilocalorías de la dieta y en la proporción adecuada de nutrimento para conseguir un peso corporal óptimo en relación a la edad, estatura y requerimientos adicionales (crecimiento, actividad física, embarazo, lactancia, enfermedades concomitantes, complicaciones de la diabetes, costumbres, etc.), tomando en cuenta la regularidad en el horario. Es necesario que la proporción de nutrimentos sea balanceada.

Promover la regularidad en el horario y hábitos nutricionales saludables en todos los integrantes de la familia modificando la composición de la dieta de acuerdo con otras enfermedades coexistentes.

Los alimentos ricos en fibra se deben adicionar gradualmente en la dieta porque su introducción rápida puede producir diarrea y meteorismo.

En la mayoría de pacientes diabéticos se debe limitar la ingestión de azúcares simples.

EJERCICIO:

Esta demostrado que la actividad física ayuda en la diabetes. Se sabe que durante el ejercicio existe un aumento en la captación de glucosa por el tejido muscular.

No todos los pacientes pueden practicar el mismo tipo de ejercicio este debe de ser individualizado con la situación de cada paciente. Es necesario y recomendable en todos los pacientes. pero debe ser ajustado en cada caso en particular tomando en consideración los siguientes factores: actividad habitual, edad, peso, patología asociada (cardiaca, pulmonar, muscular y/o articular, insuficiencia arterial, neuronal, agudeza visual, deformidades o lesiones en las partes que van a ejercitarse). El ejercicio debe estar planificado, sistematizado y supervisado por personal capacitado.

Es aconsejable que el ejercicio sea frecuente, agradable y accesible, por lo que la caminata es el ejercicio ideal para la mayor parte de personas.

MEDICAMENTOS:

- Deben indicarse sólo en pacientes que no se han controlado con dieta y ejercicio.
- La elección del esquema de tratamiento dependerá del tipo de diabetes, edad, sexo, tiempo de evolución, control metabólico, tratamiento previo, complicaciones y enfermedades coexistentes, actitud del paciente ante su enfermedad, capacidad económica, aspectos socioculturales y de trabajo y situación familiar.

Es necesario un control metabólico óptimo, para evitar complicaciones. Se debe conseguir el mejor control posible en límites que no impliquen hipoglucemias graves o frecuentes niveles excesivos de insulina, no imponer al paciente restricciones dietéticas poco realistas o esquemas de autocontrol incompatibles con una buena calidad de vida.

Al hacer una revisión de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus nos encontramos que existen los lineamientos y acciones que deben seguirse para lograr diversos beneficios como son: disminuir la mortalidad por diabetes y el riesgo de complicaciones a fin de lograr elevar la calidad de vida de los enfermos.

Los sistemas de salud basados en los lineamientos marcados por la Norma deben responder a las necesidades y demandas de los enfermos diabéticos, deben ser capaces de adoptar estrategias nuevas ante los problemas de salud actuales.

Sin embargo, a pesar de que existen lineamientos que deben ser seguidos por los sistemas de salud no solo para satisfacer la creciente demanda de los enfermos diabéticos sino también para modificar las tendencias de este padecimiento que puede prevenirse, el problema no se atiende de una manera eficiente y efectiva esto, se puede observar al ver cómo aumentan los casos nuevos de pacientes diabéticos, así como la demanda de atención de enfermos con complicaciones por falta de un adecuado control de glucosa y el lugar que ocupa como causa de muerte.

Es importante señalar que la Diabetes Mellitus se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública en nuestro país; de forma tal que representa una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad.

La Diabetes Mellitus ocupa el cuarto lugar de mortalidad general, a nivel nacional. La morbilidad por diabetes se ha incrementado rápidamente en las últimas décadas y representa uno de los principales problemas a nivel hospitalario, de hecho, la estancia hospitalaria en pacientes diabéticos es de más tiempo que en pacientes no diabéticos; así mismo, la retinopatía diabética representa la principal causa de ceguera, la nefropatía la principal causa de insuficiencia renal crónica terminal y necesidad de diálisis, la diabetes es la principal causa de amputaciones no traumáticas a nivel nacional.

El problema se acrecenta no solo por el costo que representa el diagnóstico y la terapéutica de estas complicaciones, sino por el hecho de que afecta a la población económicamente activa que queda minusválida y deja de percibir un salario y con un grave problema de adaptación psicosocial.

Se da gran relevancia al cáncer, y a enfermedades cardiovasculares entre otras y sin embargo, la diabetes ha aumentado considerablemente y no se le ha dado importancia necesaria.

En la actualidad el número de personas afectadas con Diabetes Mellitus aumenta drásticamente a nivel mundial. Se perfila que para el año 2010 habrá un total de 40 millones de personas con diabetes y fundamentalmente ese incremento va a ser en Sudamérica, Centro América y el Caribe.

Los centros de salud, siendo el primer nivel de atención, debe de llevar a cabo actividades de prevención primaria, lo cual comprende medidas que se adoptan antes de que aparezca la enfermedad y, prevención secundaria que consiste en realizar el diagnóstico temprano de la enfermedad, tratamiento oportuno y limitación de incapacidades.

A pesar de las actividades que se señalan en el párrafo anterior en el Centro de Salud Urbano "Vergelito" se observa que no existe un programa de Diabetes Mellitus adecuado que defina principios de prevención y manejo de la enfermedad de manera eficiente y efectiva.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que ocasiona graves daños a la salud, como se verá en el siguiente punto (marco conceptual de la Diabetes Mellitus), por lo que es importante elaborar un programa de atención al paciente diabético que permita dar un tratamiento terapéutico efectivo que aminore las complicaciones que este padecimiento genera. Para poder disminuir el gran impacto que esta enfermedad está produciendo en morbilidad, invalidez y mortalidad.

1.2. MARCO CONCEPTUAL DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes Mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa de causas desconocidas, con grandes variables de predisposición hereditaria y diversos factores que afectan la utilización adecuada de los alimentos que se ingieren (azúcares, proteínas y grasas) que ocurre cuando el páncreas deja de producir o no produce suficiente cantidad de una hormona llamada insulina. La diabetes es una enfermedad que altera la forma en que se utilizan los alimentos. Muchos de los alimentos que comemos, como los almidones del pan, los cereales y las leguminosas, el azúcar de las frutas y de la leche y otros alimentos se transforman en el cuerpo y producen azúcar llamado glucosa, ésta es llevada a todo el

organismo a través de la sangre. La insulina permite que la glucosa entre a las células. En el interior de las células la glucosa se utiliza como fuente de energía o se almacena para ser utilizada después. Cuando se altera este proceso los alimentos se transforman en glucosa, pero el organismo no produce insulina en forma apropiada por lo que la glucosa no puede entrar a las células y se acumula en la sangre. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucosa sanguínea.

Como se puede ver algunos de los alimentos que se ingieren se convierten principalmente en azúcares y son absorbidos por la sangre, para proporcionar energía para la actividad de las células del cuerpo cubriendo los requerimientos de los diferentes órganos y sistemas, como el cerebro, los músculos, el corazón, los huesos, etc. Haciéndolos funcionar normalmente.

Solamente los músculos, el tejido graso y el hígado requieren de la insulina para la incorporación de la glucosa a sus células.

La diabetes se desarrolla cuando el cuerpo no puede usar el azúcar en la sangre como energía, debido a que no hay insulina o a que la insulina producida por el páncreas es insuficiente para ayudar a que el azúcar se transforme en energía.

FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES MELLITUS.

La diabetes no se atribuye a una sola causa; se origina cuando diversos factores genéticos y ambientales se relacionan entre sí, aumentando el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Entre estos factores se encuentran:

- La edad: es más frecuente en la vida adulta, sobre todo en mayores de 40 años, aunque puede presentarse a más temprana edad.
- La herencia: las personas que tienen abuelos, padres, hermanos o tíos diabéticos.
- Multiparidad: las mujeres que tienen más de cuatro hijos.
- Embarazo de alto riesgo: las personas que han tenido abortos repetidos, hijos nacidos muertos o bebés que pesaron más de 4 Kg. al nacer.
- Obesidad: ocasionada por comer en exceso alimentos ricos en grasas y calorías, aunado a la falta de ejercicio; se presenta en el 80% de los diabéticos.

SÍNTOMAS DE LA DIABETES - HIPERGLUCEMIA

Cuando la glucosa sanguínea alcanza niveles de más de 170 mg/dl se elimina por la orina con gran cantidad de agua dando lugar a orina abundante. La pérdida de agua se acompaña de pérdida de electrolitos (sodio, potasio, etc.), que pueden llevar a deshidratación. La deshidratación estimula el centro de la sed. La falta de energía a las células estimula el apetito. La falta de insulina no produce los procesos de síntesis (formación) y, por lo contrario favorece la degradación del tejido graso (que conduce a la cetosis) y de tejido muscular que junto con la pérdida de agua origina pérdida de peso.

Los síntomas clásicos de la Diabetes Mellitus son POLIURIA (orina abundante), POLIDIPSIA (mucho sed), POLIFAGIA (mucho hambre) y PERDIDA DE PESO.

La poliuria se puede manifestar también como nicturia (levantarse por la noche a orinar) o enuresis (orinar dormido).

1.2.1. Clasificación de la Diabetes Mellitus (D.M.)

D.M.	D.M.	D. M. Dependiente de insulina o tipo I
		D.M. no dependiente de insulina o tipo II
		D. M. Relacionado con ciertas enfermedades y síndromes
D.M.	Intolerancia a la glucosa	En el obeso
		En el no obeso
		Relacionada con ciertas enfermedades o síndromes
	Diabetes gestacional	
	Diabetes asociada a la desnutrición	Diabetes fibrocalculosa
		Diabetes con desnutrición y restricción proteica

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TIPOS DE DIABETES MELLITUS:

A) Diabetes Mellitus dependiente de insulina o tipo I, se caracteriza por la destrucción progresiva de células beta del páncreas y, en consecuencia un estado de deficiencia total o parcial de insulina. Es más frecuente en niños y adolescentes, pero también puede presentarse en personas adultas.

B) Diabetes Mellitus no dependiente de insulina o tipo II, se caracteriza por defectos en la acción de la insulina⁽²⁾ y en su secreción por el páncreas. Se presenta con más frecuencia en personas mayores de 40 años de edad y se asocia frecuentemente con obesidad (80% de los casos) no se acompaña con cetosis (nivel elevado de azúcar en sangre) a menos que se asocie con problemas graves como infecciones severas, cirugía, traumatismos.. La sintomatología puede ser mínima, y pasar desapercibida durante largo tiempo.

C) Diabetes Mellitus relaciona con ciertas enfermedades y síndromes.

- Enfermedades pancreáticas (extirpación total o parcial del páncreas por tumores, pancreatitis, etc.).
- Enfermedad de origen hormonal (Exceso de producción de cortisol, hormona de crecimiento, catecolaminas, hormonas tiroideas).
- Provocada por fármacos o sustancias químicas (antihipertensivos, diuréticos, psicotrópicos).
- Anormalidades de la molécula de la insulina o de sus receptores.

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

Se define como una respuesta intermedia entre lo normal y la diabética a una carga estándar de la glucosa oral. Los individuos con intolerancia a la glucosa no son diabéticos, pero se les considera con alto riesgo para desarrollar la enfermedad.

DIABETES GESTACIONAL.

Esta denominación se aplica a mujeres que durante el embarazo inician o se descubre la diabetes. La diabetes gestacional es una complicación

² La acción más evidente de la insulina es disminuir el nivel de la glucosa sanguínea. Esto es el resultado del aumento en su captación por los tejidos insulino sensibles (músculo, grasa) y el hígado. Facilita la utilización de los nutrientes derivados de los alimentos para la síntesis de proteínas y almacenamiento de compuestos energéticos y para la disponibilidad permanente de energía.

frecuente que se presenta entre el 2 y el 5% de las mujeres embarazadas. Puede inducir anomalías congénitas en el feto y poner en riesgo a la madre. Las mujeres con diabetes gestacional tienen un riesgo muy alto para desarrollar diabetes en los años siguientes al parto.

DIABETES MELLITUS RELACIONADA CON DESNUTRICIÓN

Incluye dos subtipos: diabetes pancreática fibrocalcúlosa y diabetes pancreática concomitante con deficiencia de proteínas.

- A) La variedad fibrocalcúlosa se caracteriza por calcificaciones en el producto pancreático. Generalmente se presenta antes de los 30 años de edad con predominio en varones con las siguientes características: dolor abdominal recurrente, pérdida de peso, hiperglucemia que requiere de la administración de insulina para su control y resistencia a la cetosis. Se le ha relacionado con la ingestión de sorgo, raíz de yuca, migó, que favorecen la acumulación de cianuros que tienen un efecto tóxico.
- B) La variedad relacionada con desnutrición y deficiencia de proteínas en la dieta, se caracteriza por una deficiente producción de insulina y resistencia parcial a la insulina. Se acompaña de desnutrición grave y no se acompaña de cetosis. Se inicia antes de los 35 años de edad y no se acompaña de fibrosis ni calcificaciones en los conductos pancreáticos.

1.2.2. Factores y manifestaciones biopsicosociales de la Diabetes Mellitus

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus tipo I y tipo II se asocia a complicaciones agudas y a largo plazo (complicaciones tardías) que son responsables de invalidez (ceguera, amputaciones) y muerte temprana.

Como se sabe la Diabetes Mellitus se incrementa con la edad progresiva como un problema que comienza mucho antes de que se haga el diagnóstico clínico, incluso cuando se determina alguna anomalía en la glucosa ya se está produciendo un daño a nivel del organismo al momento del diagnóstico, pueden desarrollar arteriosclerosis, tienen hipertensión a medida que va progresando la hiperglucemia, que de por

si es tóxica y van a parecer las complicaciones de la diabetes que producirán fallas renales, ceguera, enfermedades coronarias y finalmente la muerte. El 50% de las personas que tienen diabetes lo desconocen. Después del diagnóstico el control previene o detiene el progreso de las complicaciones lo que es una reducción de los gastos de tratamientos, pero también una ganancia para la calidad de vida de las personas con diabetes.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA DIABETES MELLITUS:

Las glándulas de secreción interna pueden ser inhibidas o sobreestimuladas por diversos estados emocionales con consecuencia tanto somáticas como psicológicas. Los procesos mentales afectan la actividad endocrina (glándulas de secreción interna) a nivel del hipotálamo, centro nervioso en el que radican importantes mecanismos relacionados con las funciones de los dos principales sistemas homeostáticos: el autónomo y el endocrino.

El factor psicológico de la Diabetes Mellitus es considerado como un mecanismo entre muchos otros capaz de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo del azúcar por el organismo.

Médicos internistas reconocen que el aumento del azúcar en la sangre y orina puede acompañar los grados de emoción tensa. Algunos estudios médicos confirman que el control efectivo de la diabetes puede ser seriamente perturbado por causas psicológicas. En algunos intentos de correlación psicofisiológica se señala la frecuencia de rasgos de pasividad e infantilismo que se encuentra presente en enfermos diabéticos, así como la avidez con que estos enfermos buscan afecto y atención.

Otro camino por el cual el factor psicológico puede participar en el desarrollo y evolución de la diabetes es el indirecto de su participación en la obesidad, que es otro factor de riesgo que predispone la diabetes.

Se ha visto que la ingestión exagerada de alimentos es usada por algunos sujetos como una compensación de la frustración de necesidades básicas.

La valoración de estos efectos de la enfermedad sobre el psiquismo del enfermo es tan importante debido a que la interacción entre el equilibrio

metabólico y la adaptación personal es tal, que la regulación clínica no es suficiente para tener éxito en el manejo de los enfermos.

Generalmente el factor psíquico de los enfermos no es tomado en cuenta suficientemente por el médico quien impone a sus enfermos restricciones sobre todo dietéticas, que no pueden sobrellevar y al ser violadas les generan sentimientos de culpabilidad y resentimiento hacia el médico y familiares.

El tratamiento de los diabéticos resulta mejor cuando el médico sabe manipular las diversas variables que hacen posible adaptar el plan de tratamiento a las necesidades de cada enfermo; cuando además de sus conocimientos acerca de la estructura y fisiología del organismo, toman en cuenta lo que conocen de ese organismo como persona que vive con otros individuos, que es parte activa de un proceso social y cultural.

ASPECTOS SOCIALES DE LA DIABETES MELLITUS:

La Diabetes Mellitus es un problema importante y creciente de la salud pública en el mundo. En México es uno de los principales problemas de salud. Su importancia se debe a las múltiples repercusiones médicas, sociales y económicas que tienen sobre la población. Ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad en la población en general.

Debemos recordar que esta enfermedad, no sólo produce la elevación de glucosa en sangre, sino, que lleva a estados de invalidez a corto, mediano y largo plazo, las cuales son progresivas y en muchos de los casos mortales. Desde el punto de vista social cobra mucha importancia, por afectar a grupos de poblaciones adulta activa.

En la actualidad la Diabetes Mellitus se considera uno de los principales problemas de salud debido a su elevada incidencia así como a la grave y variada mortalidad de que se acompaña.

En nuestro país existen características de la población diabética distintas a las de los pacientes en países desarrollados. Además del incremento exagerado de la prevalencia, estudios recientes indican que la neuropatía, la retinopatía son más frecuentes en México, la enfermedad se inicia a una edad más temprana, los horarios y tipo de comida son diferentes y existen limitaciones socioeconómicas y de acceso a la atención médica.

La mayoría de los pacientes diabéticos se encuentra es etapa de productividad. En la actualidad, por falta de un adecuado control de la enfermedad se presentan complicaciones agudas que en muchos casos requieren de hospitalización y producen personas incapacitadas o con invalidez para el trabajo repercutiendo en la esperanza y la calidad de vida en los costos de las instituciones de salud y en la economía de la familia del paciente. La diabetes es una enfermedad crónica que representa un alto costo vital y económico que se incrementa por la falta de conocimientos y capacitación en el personal de salud, los familiares y el paciente.

El médico aplica sus conocimientos, actividades o destrezas adquiridas en la facultad de medicina y en los ejercicios de la profesión, pero no solo aplica estos conocimientos por si solos sino que estos están influenciados por factores culturales, sociales y psicológicos existiendo la expectativa de que cuando el médico emite sus recomendaciones el paciente tiene la obligación de cumplirlas. Las actividades médicas no deben limitarse al consultorio.

Siendo la diabetes una enfermedad incurable y degenerativa pero controlable y además de origen multifactorial el tratamiento debe de ser multidisciplinario y de por vida acompañado de modificaciones conductuales (hábitos alimenticios, ejercicios y disminución de ansiedad y estrés).

La utilización de energía puede estar influenciada por factores hereditarios sin embargo los factores socioculturales, nutricionales y psicológicos pueden determinar que la enfermedad se presente mas prontamente o que se retarde la aparición.

También es importante tomar en cuenta el aspecto social del paciente dado que la diabetes mal controlada puede originar disminución del libido disfunción eréctil o falta de lubricación vaginal con lo que se hace evidente los conflictos con la pareja originando bajo autoestima o inseguridad en la persona diabética.

En las familias mexicanas es común visualizar que existen sistemas familiares que no favorecen la autonomía emocional por lo que el individuo se siente aislado, esto contribuye a una mayor inseguridad, pasividad, disminución en el valor así mismo e incapacidad de expresar sus emociones (angustia, tristeza, rabia, etc.) con relación a lo que

sucede, representando esto una falta de interés en el control de su enfermedad.

Las redes sociales no siempre ofrecen los auxilios adecuados. La enfermedad debe considerarse como una experiencia social intrapsíquica, a la vez que el proceso de la recuperación debe percibirse en función de la interacción social. De hecho el mundo se ha convertido en un lugar donde puede suceder cualquier cosa y con frecuencia, ocurre que los demás hacemos poco caso para aliviar la incertidumbre e inseguridad, incluyendo a personas que se prepararon académicamente para atender este tipo de problemáticas.

Una vez determinado que el origen de la diabetes es multifactorial es fácil entender que el manejo del paciente diabético debe incluir los siguientes factores: socioculturales, hábitos, dietéticos, actividades físicas, funcionamiento psicológico, (ayudarlo a un desarrollo emocional positivo) dinámica familiar y de pareja y tratamiento médico.

Para el tratamiento de la persona con diabetes es necesario apoyarse en el sistema familiar, aunque hay que considerar las posibles estrategias de sabotaje por parte de este sistema. Además se deben proponer objetivos que sean acordes a la capacidad del paciente ya que otro de los elementos clave en el éxito del tratamiento es proponer metas realistas.

Es frecuente que los pacientes dejan de asistir al tratamiento como consecuencia de la falta de efectos inmediatos al suspender el tratamiento. Por lo que el objetivo principal es lograr que el cambio forme parte de su vida habitual.

La construcción de una nueva realidad social, implica no solo quedarse con lo establecido y lograr un entendimiento de la situación, sino también negociar los cambios importantes que se relacionan con la enfermedad del paciente diabético. Se ha demostrado que si se brinda ayuda adecuada y se continua el tiempo necesario se obtienen mejores resultados. Se debe motivar al diabético para que esté consiente de su enfermedad y permitirle desbordar sus sentimientos sin hacerlo sentir que molesta a los demás. Se debe estimular y reconocer cualquier adelanto alcanzado por el paciente y transferirle el poder (la capacidad de modificar la evolución de la enfermedad) al paciente y personas importantes para su atención, desalentando actitudes de control y poder por parte de alguna persona del equipo de salud. Debe existir una

relación de asociación entre el médico y el paciente en la que ambos busquen soluciones a la problemática, siendo el médico el que se convierte en asesor. La responsabilidad del paciente es insustituible, por lo que el autocuidado es esencial para evitar el fracaso terapéutico.

El dolor personal propicia el aislamiento social y la disminución de la comunicación. Frecuentemente ocurre que la familia y/o el paciente solo pueden expresar sus sentimientos en presencia de una persona significativa que introduce un elemento de seguridad. El trabajador social puede presentar esta garantía de estabilidad por el modo firme y confiado de abordar los problemas.

Por otra parte los programas de salud no deben considerarse como estáticos; deben actualizarse continuamente, para incluir los cambios de nuevos descubrimientos en cuanto a conocimientos sobre métodos terapéuticos y valorar el alcance del programa.

También cabe mencionar que la supervisión de los programas de salud no se lleven adecuadamente por: ignorancia, falta de interés, falta tiempo, o escepticismo. Dando mayor importancia a la cantidad con relación a la calidad.

1.2.3. Tratamiento Integral de la Diabetes Mellitus.

El tratamiento tiene como objetivo normalizar los niveles de glucosa en la sangre para prevenir las complicaciones a largo plazo de la diabetes que afectan los ojos, los nervios, los riñones y las arterias.

Con lo que se ha mencionado anteriormente acerca de la Diabetes Mellitus puede visualizarse que el tratamiento de la enfermedad debe ser de carácter interdisciplinario (médicos, dietistas, enfermera, especialistas en educación física, psicólogos, trabajadores sociales, etc.).

Para el manejo de la diabetes debemos partir de que se trata de un proceso que por sus múltiples afecciones tiene elementos biológicos, psicológicos y sociales.

Visto así, el manejo de este padecimiento debe involucrar el área biológica, psicológica y social del paciente. En lo referente a la esfera

biológica, este manejo debe estar basado en tres aspectos básicos: dieta, ejercicio y medicamento.

En el aspecto biológico se requiere el balance de los alimentos, el ejercicio y los medicamentos, para lograr un buen control de la diabetes. El rubro de la dieta es importante el logro y mantenimiento del peso corporal ideal. El paciente debe recibir un plan de alimentación individualizado, acorde al tratamiento médico prescrito y a su estilo de vida.

Para lograr que el paciente mejore sus hábitos de alimentación y de actividad física, es indispensable la participación de la familia ya que provee de soporte emocional al enfermo. Además si el grupo familiar se adhiere a las recomendaciones nutricionales indicadas, la familia se beneficiará ya que son similares para el mantenimiento del estado óptimo de la salud de la población en general.

El ejercicio regular al igual que la alimentación balanceada puede retardar la aparición de la diabetes mellitus en personas con antecedentes de familiares diabéticos y ayuda a mejorar el control metabólico de los pacientes que padecen la enfermedad y evita la aparición de complicaciones.

El otro medio útil, es el ejercicio, ya que se ha demostrado que éste, al incrementar el metabolismo contribuye al control de peso, y por otro lado, el músculo en actividad incrementa hasta 10 veces más la captación de glucosa además alivia la tensión nerviosa.

El practicar ejercicio frecuentemente nos trae como beneficio: reducir el peso o evitar la obesidad; las articulaciones se mantienen flexibles y la circulación de los miembros mejora y esto evita dolores e hinchazón de piernas; se aumenta la capacidad del corazón de bombear sangre; disminuye la destrucción del hueso, por lo que reduce la osteoporosis y así mismo disminuye la posibilidad de fracturas en los huesos; mejora la intolerancia a la glucosa y el paciente puede controlarse con una menor dosis; disminuye la ansiedad y el estrés, evita la depresión y; mejora la libido y la función sexual.

El plan de ejercicios se debe individualizar; es necesario tener claro que es un tratamiento coadyuvante en conjunción con la dieta y tratamiento farmacológico.

En lo referente al tratamiento farmacológico: a) insulina y, b) hipoglucemiantes orales.

A) Insulina, en este grupo se tienen tres tipos diferentes de acuerdo al inicio de su acción y al tiempo promedio de su efecto. Se administra por vía subcutánea.

- Insulina de acción rápida: inicia su acción a los 30 minutos de haber sido administrada y su efecto durará aproximadamente 6 horas.

- Insulina de acción intermedia: inicia su acción a las 2 horas de haber sido administrada y su efecto dura de 18 a 24 horas.

- Insulina de acción prolongada: tiene su efecto hasta 36 horas posteriores a su administración, lo que la hace de difícil control.

B) Hipoglucemiantes orales: se tienen dos tipos biguanidas y sulfonilureas. Las primeras tienen el efecto colateral de producir acidosis láctica por lo que han entrado en desuso.

Las sulfonilureas se dividen en:

- Primera generación: dentro de este grupo de medicamentos se encuentran la tolbutamida, la lasamida, la acetoxamida y la clorpropamida siendo la tolbutamida la de mayor empleo puesto que tiene las siguientes ventajas sobre las demás: es mediada rápidamente por el hígado a un compuesto inactivo que prontamente se excreta por el riñón, por lo que difícilmente produce hipoglucemia (a menos de que los pacientes no ingieran alimentos).

- Segunda generación: son de mayor potencia farmacológica que las anteriores, en este grupo se encuentran la glibenclamida, la glibornurida y la glipizida, siendo de mayor uso glibenclamida por sus ventajas sobre las demás sulfonilureas, tienen doble vía de excreción (orina y tracto biliar) por lo que puede ser útil en pacientes con daño renal que aún no requieren manejo con insulina.

En general, el mecanismo de acción de las sulfonilureas es la estimulación pancreática para la secreción de insulina en la fase temprana postingesta en los alimentos.

Para el área psicológica y social se debe tener en cuenta el conocimiento de la enfermedad por parte del enfermo y su familia para que ambos disminuyan medios y situaciones de estrés y contribuyan al manejo del padecimiento para así prevenir, o cuando menos retardar las complicaciones comúnmente asociadas a la enfermedad.

El paciente diabético y sus familiares requieren de ciertos conocimientos y desarrollo de habilidades y destrezas, que lo hagan participar en forma activa en el cuidado de su salud y esto solo puede lograrse a través de un proceso educativo por lo que se hace necesario que además de atender el aspecto biológico se atienda el psicosocial a través de la aplicación de un proyecto de capacitación.

El conocimiento teórico de los aspectos básicos de la diabetes no es suficiente para mantener el buen control de la enfermedad y la motivación por mantener un buen funcionamiento físico y psicológico. La problemática de las personas cuya enfermedad amenaza su vida va más allá de su estado físico incluyen también aspectos psicosociales. Estas personas además de recibir un tratamiento médico necesitan recibir información y apoyo emocional para discutir sus sentimientos y sus dudas.

Las personas con padecimientos crónicos pasan por una situación de transición llamada duelo, que comprende tres fases; el primer estado comprende un periodo de incredulidad en donde niega su situación, la persona puede necesitar ayuda en el proceso de aceptación; en el segundo estado existe un creciente reconocimiento de su realidad acompañada de frustración como consecuencia de no poder llevar un estilo de vida normal en relación a las demás personas; el tercer periodo se caracteriza por la aceptación y comienza a integrar los nuevos cambios en su vida.

Para lograr pasar la etapa de duelo lo más pronto posible es necesario apoyar al paciente con: tratamiento médico, educación, sin fijar metas demasiado ambiciosas ya que el no lograrlas puede hacer fracasar los intentos de cambio, el apoyo del núcleo familiar en el tratamiento terapéutico y apoyo de algún grupo de autoayuda para el manejo de sus emociones.

Los grupos de autoayuda proporcionan un importante apoyo emocional y social y fortalecen el sentido de identidad y a superar los sentimientos de soledad a través de actividades que se realizan entre personas que viven una situación común.

Es importante mencionar que otro aspecto importante de que la familia participe en el tratamiento terapéutico es de carácter preventivo puesto que la diabetes es de carácter multifactorial, y entre los factores están: la

herencia, el sobrepeso causada por dietas inadecuadas, el estrés físico y mental, todo esto no solo acompaña al paciente sino que son compartidos casi en su totalidad por los demás miembros de la familia, aumentandoles así el riesgo de presentación de la enfermedad.

La diabetes mellitus tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente a causa de las complicaciones tardías por ello es imprescindible la importancia que tiene que al paciente diabético se le atienda de manera integral por un equipo de salud interdisciplinario (médicos, especialistas en educación física, dietología, psicología, trabajo social, etc.) para lograr el control de su enfermedad.

El tratamiento integral abatiría costos tanto a las instituciones de salud como a la familia del paciente diabético.

CAPÍTULO II

MODELO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACION CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA POR PARTE DEL PACIENTE MELLITUS

2.1 Escenario de intervención (características generales de los pacientes y problemática prioritaria)

El estado general de salud en México es resultado de factores socioeconómicos y de cambios en el estilo de vida derivándose de esto diversos problemas de salud pública entre los que se encuentran la diabetes mellitus debido a su elevada incidencia y a la grave morbilidad y mortalidad que la acompaña, la cual se ha incrementado y en la actualidad se encuentra entre los diez primeros lugares de muerte a nivel mundial y nacional.

La prevalencia de la tasa de morbilidad y mortalidad en dicha enfermedad esta directamente vinculada con el control del padecimiento, ya que es en el proceso de atención donde se conjugan factores y condiciones que inciden y merman la calidad y efectividad tanto del tratamiento como de los servicios de las instancias de salud encaminadas a prevenir y controlar dicha enfermedad.

Tal es el caso del Centro de Salud Urbano "Vergelito" perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), en donde se presenta un marcado índice de pacientes diabéticos con descompensación en el nivel de glucosa a causa de la falta de apego al tratamiento terapéutico.

Con el fin de detectar los factores que generan dicha situación el área de Trabajo Social realizó un estudio diagnóstico a una muestra de 57 pacientes, el cual permitió diseñar un perfil socioeconómico del paciente diabético y su familia, así como identificar la falta de apego al tratamiento médico.

Con respecto a las características de las familias con este tipo de pacientes se puede señalar que en una proporción similar son tanto de tipo nuclear como extensas, la escolaridad promedio de los integrantes es de primaria completa (27.6%) y primaria incompleta (16%). Los grupos de edad predominante son los de 46 a 64 años (29.7%) y de los 19 a 25 años (19%).

Los tipos de ocupación que predominan son: comerciante, obrero, empleado y diversas actividades en calidad de subempleado. El ingreso promedio de la familia fluctúa entre menos del salario mínimo (43.7%) o bien un salario mínimo (40.6%) destacándose el empleo eventual en empresa privada.

La vivienda de la mayoría de los encuestados se caracteriza en su construcción de paredes de ladrillos, pisos de cemento y techos de concreto. La mayor parte de los encuestados poseen la propiedad de su vivienda, la cual se integra de tres a cuatro cuartos, cuyo uso regularmente se destina frecuentemente a la cocina, baño, dormitorios y área de comedor

La alimentación es deficiente en cuanto a que su patrón alimenticio se distingue por un bajo consumo de alimentos balanceados (carne, frutas, cereales y pescado entre otros). Por lo que el seguimiento por parte del paciente de una dieta acorde con su enfermedad es poco común, ya que consumen los alimentos que regularmente ingieren los integrantes de la familia.

En cuanto al perfil del paciente se puede mencionar que los grupos de edad que predominan son los de 46 a 64 años (50.7%) y en menor proporción el de 36 a 45 años (34.3%), prevalecen los pacientes de sexo femenino (80.5%). En relación a la población de la muestra tomada para el estudio diagnóstico, los pacientes con diabetes ocupan un 28.3%.

En su mayoría son amas de casa (61.2%), existe un porcentaje de pacientes que se dedican al comercio ambulante (14.9%), la escolaridad promedio es la primaria incompleta (40.3%), sin embargo existe un 12.3% de analfabetas.

Entre las principales causas que genera la falta de apego al tratamiento en el paciente diabético, se puede señalar: la carencia de recursos económicos, la falta de apoyo familiar, la relación médico - paciente y la condición física y emocional del mismo, manifestándose en diversas situaciones.

El estudio diagnóstico realizado para identificar algunos factores que propician la falta de apego al tratamiento terapéutico nos indica que la situación económica de las familias de los pacientes diabéticos los imposibilita para poder acudir al centro de salud a su consulta, por no

tener para el transporte, poder comprar los medicamentos indicados, así como para poder llevar una dieta adecuada.

En los centros de salud el medicamento para el paciente diabético se proporciona de manera gratuita pero sin embargo, regularmente el medicamento necesario no lo hay en las farmacias de la institución "sobre todo en países como México cuya situación en materia de salud y seguridad social es resultado de un modelo de desarrollo que se caracteriza por una economía deficiente y dependiente, con un cuestionable nivel de competencia ante un mercado mundial (tecnología limitada, carencia de capital para la inversión, etc.) y por un estado carente de recursos"¹, lo que repercute de manera determinante en los servicios de salud, en la cobertura y calidad de la atención que se brinda a la población.

El personal de salud (médicos, enfermeras) les indica a los pacientes que lleven una "dieta balanceada" diciéndoles que deben comer ciertos alimentos y disminuir otros sin decirles cantidades y sin tomar en cuenta la situación socio - económica del paciente, las "dietas" prescritas varían de acuerdo al médico o enfermera que las indica. "Un error frecuente que se comete durante las pláticas a pacientes diabéticos es el hablar de "dieta" sin tomar en consideración los hábitos personales del paciente o de la familia y su condición socio - económica.

Otro factor es la dinámica que se da dentro de la familia manifestándose una apatía por parte de los integrantes hacia el diabético reflejando una escasa red de apoyo familiar en todo el proceso de duelo que vive el paciente en cuanto a su padecimiento, despertando en el paciente un sentimiento de desinterés por parte de sus seres queridos hacia él y ocasionando apatía hacia el tratamiento médico indicado. "También es importante reconocer las frecuentes reacciones de negociación de la enfermedad por el paciente y la adopción de conductas paradójicas autodestructivas que no son raras al principio de la enfermedad"² (p. 376). Regularmente el paciente acude solo a los servicios de salud recibiendo las indicaciones de su tratamiento mismas que no llegan a sus familiares para que apoyen al diabético en los cuidados que debe tener para mejorar su salud. "Sin embargo, con los conocimientos que en la actualidad se tienen con respecto a la importancia del grupo familiar en la génesis de

¹ Galeana de la O Silva. La Promoción Social en el Desarrollo. (En proceso de publicación). ENTS-UNAM. México, D.F. 1994.

² IDEM

la enfermedad y en la influencia que presenta sobre el aceleramiento o retraso de la curación, el médico debe tomar nuevamente en forma importante el hogar del paciente". En algunas dinámicas familiares los integrantes no tienen ni la más mínima idea acerca de la diabetes ni muestran interés en saber, manifestando una negación para apoyar a su familiar. También existen casos en que el paciente no pone de su parte para lograr el mejoramiento de su salud.

La relación médico - paciente es otro factor que influye en la falta de apego al tratamiento terapéutico por parte del paciente diabético. Cuando el médico desconoce algunos aspectos biopsicosociales de la enfermedad no le es posible abordar de una manera eficiente al enfermo limitándose solo a indicar los medicamentos que se consideran necesarios para controlar el nivel de glucosa y dejando de lado el aspecto psicosocial del paciente. "El pensamiento científico es una necesidad pero no una condición suficiente para la práctica de una buena medicina; son necesarias otras cualidades: sensibilidad, comprensión, calor humano, paciencia e integridad, entre otras"

Otro aspecto importante es el lenguaje técnico que utiliza el médico para dirigirse al paciente ocasionando que éste no entienda y se quede con dudas para llevar adecuadamente su tratamiento prescrito y que muchas veces, por falta de confianza hacia el médico, no preguntan. "En la actualidad, los estudios empíricos tienden a confirmar el hecho nada novedoso, de que la comunicación entre médicos y pacientes y sus familiares, es en extremo deficiente. Se ha descubierto que los pacientes y sus allegados no están satisfechos con la información que se les proporciona ya sea porque ésta es insuficiente, o porque no comprenden la terminología; se confunden y por no causar molestias, no piden aclaraciones" También existe el desconocimiento o falta de importancia de enviar periódicamente a los pacientes diabéticos a otros servicios, reflejando así la calidad del servicio que presta la institución.

Otro factor no menos importante que repercute en la falta de apego al tratamiento terapéutico es la condición física y mental del paciente diabético. La falta de una alimentación adecuada y la falta de ejercicio lo llevan a un deterioro físico que se manifiesta en obesidad y estrés desfavoreciendo el logro de mantener un nivel de glucosa óptimo que evite y/o retarde las complicaciones propias de la diabetes. "La mayoría de las causas de morbilidad y mortalidad parecen ser el resultado del estilo de vida de la persona y los factores de riesgo concomitantes, tales

como la obesidad, la hipertensión arterial, las costumbres en la alimentación y el ejercicio físico”.

Cuando hay manifestaciones de estrés en el paciente diabético, ya sea por cuestiones de trabajo, económicas o conflictos con la pareja o la familia se muestra desinterés en el control de su enfermedad afectando su organismo de diferentes formas una de ellas es la descompensación en su nivel de glucosa. “Las respuestas hormonales, metabólicas, nerviosas e inmunológicas que condicionan el estrés, afectan la tolerancia a la glucosa y son un factor más, muy importante, en el desarrollo y comportamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones”.

Los factores antes mencionados repercuten contundentemente en la falta de apego al tratamiento terapéutico ocasionando un descontrol en el nivel de glucosa del paciente diabético llevándolos a serias complicaciones que afectan principalmente ojos, riñones, nervios, arterias, corazón y piernas que causan invalidez o acortan la vida, repercutiendo también en los costos de las instituciones de salud y en la economía de la familia del paciente.

A partir de los señalamientos anteriores, se considera que para atender el problema de falta de apego en los pacientes diabéticos es necesario entender que dicho problema no se centra en el individuo como unidad de atención aislada, sino que la comprensión debe ampliar la visión al sistema relacional (Jenkins y Asen, 1992) que se derivan en las alternativas de tratamiento.

En este sentido el objeto de explicación y abordaje de la falta de apego se desplaza del comportamiento individual aislado, a las interacciones de otros sistemas tales como, la familia, la institución médica, los profesionales, los servicios etc. Lo que permite ubicar un sistema interactivo y deriva la imperiosa necesidad de brindar intervenciones integrales.

A partir de estas precisiones conceptuales el presente modelo se basa en la tesis de que toda intervención dirigida al paciente diabético con falta de apego al tratamiento debe de pugnar por proporcionar una comunicación directa y clara, así como actitudes de compromiso y responsabilidad para que el tratamiento sea efectivo.

Por ello los procesos de dinamización de dichas interrelaciones se caracterizan esencialmente por acciones educativas y de apoyo social, así como por la apertura de espacios de acercamiento de paciente - equipo de salud - familia que de pauta a una mayor comprensión de la enfermedad y sus implicaciones. No menos importante son las acciones de gestión de recursos y requerimientos para brindar un apoyo de tipo asistencial debido a las características socioeconómicas marginales de los pacientes.

En este sentido el modelo pretende que todo tratamiento no solo este orientado al control metabólico de la enfermedad y sus complicaciones, sino además extender dicho control en aquellos factores y condiciones que resultan determinantes en la efectividad y calidad de la atención.

Situación que repercute en los costos de atención en cuanto a que el modelo contribuye a la disminución de la demanda de consulta al año de cada uno de los pacientes; a obtener un mejor control de servicios de emergencia; reducir los gastos en cuanto a exámenes de laboratorio y gabinete y reducir en lo posible las complicaciones oftalmológicas, renales, de vascular periférico y ortopédicas en los pacientes de larga evolución de la enfermedad.

2.2 Objetivos y estrategias.

OBJETIVO.

Lograr el apego al tratamiento terapéutico en una muestra de 29 pacientes con diabetes mellitus tipo II del centro de salud "Vergelito" a fin de reducir las complicaciones que genera este padecimiento, a través de establecer una relación estrecha y dinámica entre paciente-equipo de salud-la familia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Desarrollar acciones educativas tanto para el paciente como para la familia con el fin de que se dé una mayor comprensión de la enfermedad y sus complicaciones.
- Sensibilizar a los 29 pacientes y a su familia, sobre la importancia que tiene el que sigan adecuadamente el tratamiento terapéutico.
- Proporcionar una atención especializada y multidisciplinaria a los pacientes diabéticos a través de la consulta médica y nutricional, así

como la intervención de los profesionales de enfermería y trabajo social.

- Integrar grupos de apoyo con el fin de potencializar capacidades individuales y grupales para un mayor manejo y cuidado de la enfermedad.
- Desarrollar acciones de asistencia a partir de la gestión de requerimiento de apoyo al tratamiento terapéutico.

METAS

- Formar un grupo cuasiexperimental de 29 pacientes con diabetes tipo II para desarrollar el programa.
- Integrar una lista de 28 pacientes con diabetes tipo II para formar un grupo control.
- Lograr que los 29 pacientes del grupo cuasiexperimental acudan con un familiar a las sesiones educativas.
- Conseguir que los 29 pacientes acudan a sus citas médicas y nutricionales
- Obtener la integración de los 29 pacientes al grupo de autoapoyo.

ESTRATEGIAS:

- Reintegrar al paciente a consulta médica con una mayor orientación y conocimiento de la enfermedad.
- Coadyuvar al fortalecimiento y potenciamiento de la relación equipo de salud - paciente - familia en el proceso del tratamiento terapéutico.
- Proporcionar orientación sobre los servicios de apoyo de segundo nivel para lograr un mejor aprovechamiento de los servicios de salud con que se cuenta.
- Formación de grupos de apoyo social como herramienta terapéutica para la aceptación y atención responsable de la enfermedad por parte del paciente.

TIPIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

Este modelo está dirigido a personas que padecen diabetes mellitus y a sus familiares. El tipo de relación intenta ser de carácter educativo en cuanto a que se pretende promover el cambio de actitudes desfavorables para la salud en personas que padecen diabetes, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración; a través de

transmitirles conocimientos básicos a cerca de su padecimiento e informarles de los servicios a los que deben acudir para el control de su enfermedad y orientarlos respecto a la integración de un grupo de autoayuda que les lleve a enfrentar y a adaptarse a su enfermedad a través del intercambio de experiencias con otras personas que padecen diabetes mellitus. Así mismo, cuenta con un carácter optimo al aprovechar los recursos con los que se cuenta para lograr el objetivo propuesto. Es importante que en este proceso intervenga un equipo multidisciplinario de salud, así como pacientes y familiares. Dentro del equipo de salud se encuentran, el medico quien elaborará el diagnóstico clínico del paciente y le dará las indicaciones terapéuticas necesarias; la nutrióloga valorará el estado nutricional e indicará la dieta a seguir; la enfermera tomara los signos vitales del paciente y registrará la asistencia a sus citas con el médico; el trabajador social quien además de identificar los factores biopsicosociales que intervienen en el estado de salud deberá reforzar el tratamiento médico a través de entrevistas con los pacientes y sus familiares a fin de dar orientación en cuanto a la diabetes mellitus y sensibilizar sobre la importancia que tiene el control de su enfermedad, el tipo de relación que se establecerá será de carácter horizontal también deberá tomar en cuenta la coordinación entre las instituciones de salud.

2.3 Programa y proyectos.

PROGRAMA DE APEGO AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO "VERGELITO".

FUNDAMENTACIÓN:

La diabetes mellitus se ha convertido en un problema de salud pública debido a su elevada incidencia y a la grave morbilidad que la acompaña. La morbilidad por diabetes mellitus se ha incrementando, y en la actualidad se encuentra entre los 10 primeros lugares como causa de muerte a nivel mundial y a nivel nacional "se ubica cada año en un nivel mas importante: en 1992 ocupaba el octavo lugar, en 1993 el sexto, en 1994 el quinto lugar, en 1995 el cuarto y en 1999"⁵ "el tercer lugar con 45,632 casos de un total de 443,950 defunciones".⁶

⁵ Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Boletín Medico Informativo, ISEM 1996 pag. 4

⁶ www.ssa.gob.mx

“En cuanto a la incidencia de la diabetes el Sistema Nacional de Salud notifica mas de 798,000 casos nuevos al año”.⁶

“La prevalencia estimada para la diabetes mellitus tipo II en el periodo 1994-2010 en México (en miles) es la siguiente: en 1994 se presentaron 2770 casos, en el año 2000 se estima 4055 casos y para el año 2010 se calculan 5314 casos”.⁸

En la coordinación municipal de salud del Centro de Salud Vergelito que cuenta con una población de aproximadamente 145 mil habitantes y que atiende una población abierta, la prevalencia de diabetes en el año 2000 fue de 586 casos, ocupando el tercer lugar en cuanto a morbilidad.

De manera general en los programas de salud, el objetivo primordial es lograr la salud de la población, para lo cual se han creado programas específicos, entre los que se encuentra el Programa Nacional de diabetes mellitus cuya finalidad es prevenir y controlar dicha enfermedad en la Atención Primaria a la Salud.

El Programa Nacional de Diabetes Mellitus está encaminado a prevenir y controlar dicha enfermedad, pese a esto sigue existiendo una prevalencia en la tasa de morbilidad y mortalidad por no lograr un control efectivo del padecimiento, por lo que se hace necesario el diseño y aplicación de nuevas estrategias de atención, que permitan abordar la problemática de manera integral a través de acciones y servicios para un tratamiento eficaz, acorde con las condiciones tanto del paciente como de la institución de salud.

En el Centro de Salud “Vergelito” se observa que existe falta de apego al tratamiento terapéutico por parte de los pacientes diabéticos trayendo como consecuencia un descontrol en su nivel de glucosa. También se ha incrementado la demanda de consulta a causa de complicaciones generadas por dicho descontrol mismas que pudieron haberse prevenido o retardado su aparición.

Por lo anterior se elabora el presente programa con la finalidad de dar respuesta a la problemática que se da por la falta de apego al tratamiento terapéutico de pacientes diabéticos como consecuencia principalmente de las siguientes causas: La carencia de recursos económicos, la falta de

⁶ IDEM

⁸ Ricardo Quibiera Infante, Fundamentos de la Diabetes Mellitus, Ed. Grupo Mind, México, 1997.

apoyo familiar, la relación médico-paciente y la condición física y emocional del mismo. Con este programa se pretende prevenir o retardar complicaciones que se traducirían en invalidez o riesgo de muerte.

OBJETIVO GENERAL:

Lograr que una muestra de 29 pacientes diabéticos del Centro de Salud "Vergelito" se apeguen al tratamiento terapéutico, a fin de reducir las complicaciones que este padecimiento genera.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Ampliar las posibilidades de que el medicamento esté al alcance de los pacientes.
- En cuanto a la dieta proponer alternativas que sean acordes a la situación económica del paciente para contribuir al mejor control del nivel de glucosa del paciente.
- Informar y sensibilizar a los familiares del paciente acerca del control y las complicaciones de la diabetes, a fin de lograr su participación en el control de la enfermedad.
- Unificar los criterios en el manejo del paciente diabético, para lograr el control eficiente de la enfermedad.
- Fomentar el apoyo social a través de la integración de un grupo de autoayuda, para ayudar a los pacientes a afrontar y a adaptarse a su enfermedad, así como a los cambios emocionales que con frecuencia les acompaña.

METAS:

- Conformar un grupo de 29 pacientes con diabetes mellitus tipo II para la aplicación del programa.
- Lograr que los 29 pacientes acudan a consulta y pasen con la nutrióloga para que les indique la dieta.
- Citar a los 29 pacientes acompañados de un familiar para darles información y sensibilizarlos en lo referente al control y las complicaciones de la enfermedad de los pacientes.
- Formar un grupo de apoyo de 29 pacientes con diabetes mellitus.
- Reunir al grupo de apoyo una vez al mes.
- Realizar una sesión con el personal de salud involucrado, para unificar criterios en base a la normatividad.

PROYECTOS:

1.- Capacitación sobre la diabetes y sus implicaciones.

Este proceso de capacitación implica acciones de educación y sensibilización que propician que el paciente y sus familiares conozcan la enfermedad y aprendan a vivir con ella a través de un cambio de actitudes y de responsabilidad consigo mismos

Objetivo: Capacitar al paciente y a su(s) familia(res) acerca del control de la diabetes mellitus, a fin de lograr su participación en el mismo.

Actividades	Procedimientos	Técnicas	Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> Determinar los contenidos del curso de capacitación acerca del control de la diabetes mellitus. 	<ul style="list-style-type: none"> Recopilar información bibliográfica para seleccionar el contenido del curso. Llevar a cabo una reunión con el personal de salud para estructurar el contenido del curso y organizar las sesiones de información. Diseñar material de apoyo didáctico. Elaborar cronograma de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis, mesa redonda, discusión, investigación. Mesa redonda, discusión, análisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Material bibliográfico y material didáctico. Diario de campo. Material didáctico.
<ul style="list-style-type: none"> Difusión del curso de capacitación acerca del control de la diabetes mellitus 	<ul style="list-style-type: none"> Invitar a los pacientes diabéticos que acuden a consulta, a que participen en el curso de capacitación del control de la diabetes mellitus. Se les solicitará que acudan acompañados de un familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista, pláticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Citatorio de trabajo social.
<ul style="list-style-type: none"> Formar un grupo de pacientes diabéticos para impartirles el curso de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo una reunión para integrar el grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica grupal 	<ul style="list-style-type: none"> Material didáctico.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar sesiones de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> Citar a los pacientes acompañados de un familiar para que reciban el curso 	<ul style="list-style-type: none"> Expositiva, análisis, pláticas, discusión 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de asistencia, material didáctico y forma de registro de actividades
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> Hacer una reunión de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Mesa redonda, discusión 	<ul style="list-style-type: none"> Diario de campo.

2. - Formación del grupo de apoyo como herramienta terapéutica.

En el grupo de autoayuda el paciente comparte experiencias con personas que tienen un padecimiento similar logrando así aceptar su realidad para conseguir cambios en su vida que coadyuven a afrontar las complicaciones que la diabetes mellitus implica.

Objetivo: Formar un grupo de apoyo para ayudar a los pacientes a adaptarse y a enfrentar su enfermedad así como los cambios biopsicosociales que con frecuencia les acompañan a través del intercambio de experiencias con otras personas que padecen diabetes.

Actividades	Procedimientos	Técnicas	Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar objetivos del grupo de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo una sesión con el equipo de salud para elaborar los objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa redonda y discusión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Material de trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar un grupo de autoayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Invitar a los pacientes diabéticos que acudieron al curso de capacitación para darle información general e integrar el grupo de autoayuda - Realizar una sesión con los pacientes para elaborar el contenido temático de acuerdo a sus inquietudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista, expositiva. • Mesa redonda, discusión, dinámica grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Citatorio de trabajo social. • Registro de asistencia, material didáctico.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sesiones educativas y de integración 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar pláticas de interés para el paciente diabético. - Hacer reuniones de convivencia que sirvan para integrar al grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material bibliográfico, pláticas, expositivas, discusión, análisis. • Dinámicas grupales, mesas redondas 	<ul style="list-style-type: none"> - Material didáctico, lista de asistencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo una sesión en la cual los pacientes opinen verbalmente del desarrollo del grupo para evaluar el programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de discusión, mesa redonda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diario de campo.

3. - Atención integral del paciente diabético.

(Médica, nutricional, de enfermería y de trabajo social)

Siendo la diabetes mellitus una enfermedad crónico degenerativa se deben prevenir y controlar oportuna y eficientemente las complicaciones

de la enfermedad por lo que es de gran importancia la atención integral por un equipo interdisciplinario de salud, para lograr su control y así mejorar su calidad de vida.

Objetivo: Brindarle atención integral al paciente diabético para el buen control de su enfermedad a fin de evitar complicaciones.

Actividades	Procedimientos	Técnicas	Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> • Dar consulta médica al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Darle cita al paciente - Hacerle una valoración integral. - Elaborar historia clínica completa. - Dar solicitud de exámenes de laboratorio en caso necesario. - Enviar a consulta de medicina integral y oftalmología u otra especialidad en caso necesario - Enviar a trabajo social para registrar su asistencia y brindarle orientación social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista. - Análisis, observación - Entrevista, análisis, observación - Criterio técnico-médico - Criterio técnico-médico - Entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carnet de citas. - Instrumentos médicos. - Formato de historia clínica. - Formas para exámenes de laboratorio. - Hoja de envío.
<ul style="list-style-type: none"> • Dar consulta nutricional al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el peso ideal y los requerimientos calóricos del paciente - Determinar ingesta actual - Prescribir el plan de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación, análisis. - Entrevista, análisis. - Análisis, criterio técnico-nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bascula y cinta métrica. - Lista de equivalente. - Formato para prescripción nutricional.
<ul style="list-style-type: none"> • Llenar tarjeta de control de diabetes mellitus 	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar peso y talla - Registrar nivel de glucosa - Registrar presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Medida y peso - Observación y registro. - Toma de presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Bascula y cinta métrica. - Tarjeta de control, forma de examen de laboratorio. - Bannanómetro y tarjeta de control.
<ul style="list-style-type: none"> • Dar orientación social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo una entrevista con el paciente - Preguntar su estado de salud - Recordarle sus próximas citas a consulta médica, nutricional y al grupo de autoayuda y la importancia de que 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista. - Entrevista, observación - Entrevista, observación 	<ul style="list-style-type: none"> - Libreta de registro.

	ASISA - Brindarle orientación social específica en caso de que el paciente lo solicite.	- Entrevista, análisis.
--	--	-------------------------

4. - Material de información y orientación.

El material impreso tiene como finalidad reforzar la información que se le brinda a los pacientes y a sus familiares en las sesiones educativas y, servir como guía de orientación en el autocuidado de su padecimiento.

Objetivo: Elaborar información impresa, dirigida a pacientes y a sus familiares, e información sobre diabetes mellitus.

Actividades	Procedimientos	Técnicas	Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> • Detectar la necesidad de orientación e información del paciente diabético, a partir del tratamiento terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer notas de las dudas que más se presenten en las sesiones del curso. - Anotar las dudas que surjan en las sesiones del grupo de autoayuda 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, observación, discusión - Entrevista, observación, discusión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libreta de registro de platicas. - Libreta de registro de platicas, diario de campo.
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de contenidos para material informativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer una lista de las dudas que más surgieron en las sesiones - Recopilar información necesaria. - Estructurar la información 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis, selección. - Investigación, análisis - Selección 	<ul style="list-style-type: none"> - Libreta de registro, diario de campo, papelería. - Material bibliográfico. - Papelería.
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar material informativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastrar la información. - Diseñar el material informativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Dibujo, selección. - Diseño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Papelería. - Papelería.

ORGANIZACIÓN:

1. RECURSOS.

Humanos:

- Seis médicos de consulta general, adscritos al centro de salud.
- Una enfermera.
- Una nutrióloga
- Una trabajadora social.
- Personal administrativo de apoyo.

Materiales:

- Material de oficina.
- Textos bibliografía, estadísticas y normas relacionadas con la materia.
- Computadora.

Económicos:

- Los gastos que se realicen serán cubiertos por el instituto de salud del Estado de México.

2. RESPONSABLES.

- La responsable de la elaboración y evaluación del programa será la trabajadora social los responsables de la operativización del programa serán el personal de salud de ña unidad. (Médicos, enfermeras, trabajadora social.

EVALUACIÓN: La evaluación del programa se llevará a cabo simultáneamente a la aplicación del programa y al final del mismo para ver si fueron cumplidos los objetivos y metas. Se aplicará un cuestionario a los pacientes diabéticos al principio del mismo y tres meses después de iniciado.

OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL CONTROL DE ENFERMEDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Hipótesis	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Preguntas
H ₁ El modelo establece condiciones propicias para el apego	Modelo: Ejemplar digno de seguir o imitarse. Modelo: Forma	El modelo permite establecer Procedimientos para lograr	El modelo propicia condiciones que permiten: *Fortalecer la	

<p>al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus.</p>	<p>o figura que se pretende obtener en la ejecución de una obra u otra cosa/Dispositivo teórico o práctico que permite la determinación de valores de las magnitudes no mensurables directamente en un sistema automático. Modelo: Es la representación abstracta que a través de la identificación y caracterización de los componentes de uno o varios sistemas, así como de sus asociaciones, interrelaciones y manifestaciones internas y externas, permite la determinación de una estructura lógica de actividades y procedimientos que tienen como objetivos la modificación y/o alteración de variables que</p>	<p>cambios en la conducta de los pacientes diabéticos, actitudes que coadyuvan en la adhesión en el tratamiento terapéutico indicado para el control de la diabetes mellitus; para con ello evitar y/o disminuir las complicaciones propias de la enfermedad y procurar mantener lo mejor posible el funcionamiento del cuerpo humano y disminuir la tasa de morbimortalidad</p>	<p>atención integral del paciente diabético. *Promover la participación de los familiares en el tratamiento terapéutico. *Brindar orientación e información básica a los pacientes y a sus familiares. *Lograr la aceptación del tratamiento integral indicado: cambio de actitudes, control del nivel de glucosa. *Determinar el impacto benéfico en el control de la diabetes mellitus</p>
---	---	--	--

	<p>están generando una situación específica u organización en el sistema.</p> <p>Establecer: fundar, ordenar, residir.</p> <p>Fundar: Hacer de nuevo/Sentar, probar.</p> <p>Condición: Indole, carácter, calidad, estado, promesa.</p> <p>Condición: Convención de que depende la ejecución de un contrato.</p> <p>Condición: Circunstancia con lo que se hace o promete una cosa, o la necesaria para que un hecho pueda tener lugar.</p> <p>Propicia: Favorable, que tienen como objetivos la modificación y/o alteración de variables que están generando una situación específica u organización en el sistema.</p>			
--	---	--	--	--

Benigno
dispuesto a
ayudar.
que tienen como
objetivos la
modificación y/o
alteración de
variables que
están generando
una situación
específica u
organización en
el sistema. I

Apego:

Inclinación,
afición
particular,
adhesión,
amistad,
simpatía.

Tratamiento:

Método
curativo./Sistema
o método para
tratar
enfermedades o
defectos.

Tratamiento:

Conjunto de
medios de toda
clase, higiénicos,
farmacológicos,
y quirúrgicos,
que se ponen en
práctica para la
curación o alivio
de las
enfermedades./T
erapia o
terapéutica.

Terapéutica:

	<p>Parte de la medicina que se ocupa en el tratamiento de las enfermedades; ciencia y arte de curar y aliviar, que comprende el estudio de los medios propios para ese fin.</p> <p>Paciente: Persona enferma que esta en tratamiento para curarse.</p> <p>Paciente: Quien padece enfermo.</p> <p>Diabetes Mellitus: Es una enfermedad crónica, permanente y hereditaria, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina, o si la produce no es de buena calidad. Con la carencia de insulina el organismo no puede utilizar adecuadamente los alimentos que ingiere, dando lugar a la falta de</p>			
--	---	--	--	--

energía que necesitan las células para mantener la vida y el funcionamiento del cuerpo.

Diabetes Mellitus:

Comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas de causa desconocida con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y en la acción de insulina.

Diabetes Mellitus: Síndrome

	<p>caracterizado por alteraciones metabólicas en los carbohidratos, las grasas, las proteínas y los minerales, que tienen causas genéticas e inmunológicas parcialmente definidas; la expresión se condiciona por factores ambientales; es un padecimiento crónico degenerativo, incurable pero controlable, que a largo plazo provoca daño micro y macrovascular que produce lesiones en la retina, el riñón, los nervios, aterosclerosis con daño cerebral, cardíaco y periférico que explica una elevada morbimortalidad</p> <p>Mayor: Comparativo de grande.</p>			
--	---	--	--	--

<p>H2 A mayor incorporación de la familia en las acciones del tratamiento medico social mayor alcance en el apego al tratamiento del paciente con diabetes mellitus.</p>	<p>Incorporar: Agregar, unir dos o más cosas para que hagan un todo. Agregarse una o más personas a otras para formar un cuerpo.</p> <p>Familia: Gente que vive en una casa, bajo la autoridad el señor de ella.</p> <p>Familia: Unidad básica de parentesco que en su versión minima esta formada por el marido, la esposa y los hijos. En sentido amplio, el término se refiere a todos los parientes, que viven juntos o que son reconocidos como una unidad social, incluidos los miembros adoptados.</p> <p>Familia: Conjunto de descendientes, ascendientes y colaterales de un linaje.</p> <p>Acción: Modo de obrar de una</p>	<p>En la medida que la familia a la que pertenece el diabético muestre interés en las indicaciones medicas, y participe activamente en el control de la enfermedad hará que este eleve y/o mejore sus estímulos emocionales y lo motivara a que se adhiera al tratamiento prescrito para lograr el control de su enfermedad y así evitar las complicaciones propias de la misma.</p>	<p>Relación familiar Participación de la familia en el tratamiento terapéutico.</p> <p>*Alimentación proporcionar la dieta indicada.</p> <p>*Recordar la toma de medicamento</p> <p>*Brindar apoyo emocional.</p> <p>*Dar apoyo económico.</p>	
--	--	--	---	--

	<p>cosa.</p> <p>Tratamiento: Método curativo./Sistema o método para tratar enfermedades o defectos.</p> <p>Tratamiento: Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos, y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades. /Terapia o terapéutica.</p> <p>Medico: Relativo a la medicina o al tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Medicina: Ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud.</p> <p>Social: Relativo a la sociedad, a una compañía o asociación.</p> <p>Sociedad: Agrupación de personas que constituyen unidad distinta</p>			
--	--	--	--	--

<p>H3 La dimensión social de modelo permite establecer</p>	<p>de cada uno de los individuos para cumplir todos o algunos con los fines de la vida. Alcance: Acción o efecto de alcanzar. Alcanzar: Conseguir, ser suficiente para algún fin. Alcanzar: Tratándose de obras del espíritu humano Trascendencia. Importancia, consecuencia de una cosa. Apego: Inclinación, afición particular, adhesión, amistad, simpatía. Paciente: Persona enferma que esta en tratamiento para curarse. Paciente: Quien padece enfermo. Diabetes Mellitus: Es una enfermedad crónica, permanente y</p>	<p>La importancia de este modelo radica en que permite la determinación de acciones que integran las actividades dirigidas a</p>		
--	---	--	--	--

<p>una relación más estrecha entre equipo médico-paciente-medio social, como base de un tratamiento integral.</p>	<p>hereditaria, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina, o si la produce no es de buena calidad. Con la carencia de insulina el organismo no puede utilizar adecuadamente los alimentos que ingiere, dando lugar a la falta de energía que necesitan las células para mantener la vida y el funcionamiento del cuerpo.</p> <p>Diabetes Mellitus: Comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas de causa desconocida con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan el metabolismo</p>	<p>mejorar la atención del paciente diabético a través de un trabajo integral que comprende a un equipo de salud interdisciplinario y, la participación activa del paciente y sus familiares con la finalidad de llevar un adecuado control de la diabetes mellitus.</p>	<p>Tratamiento integral Participación del equipo médico en la atención al paciente diabético. Participación del paciente en el tratamiento médico. Incorporación de la familia en el control de la diabetes mellitus.</p>	
---	---	--	--	--

intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y en la acción de insulina.

Diabetes

Mellitus:

Síndrome caracterizado por alteraciones metabólicas en los carbohidratos, las grasas, las proteínas y los minerales, que tienen causas genéticas e inmunológicas parcialmente definidas; la expresión se condiciona por factores ambientales; es un padecimiento crónico degenerativo, incurable pero controlable, que a largo plazo provoca daño

micro y
macrovascular
que produce
lesiones en la
retina, el riñón,
los nervios,
ateroesclerosis
con daño
cerebral,
cardíaco y
periférico que
explica una
elevada
morbimortalidad

Dimensión:
Importancia, o
magnitud.

Social: Relativo
a la sociedad, a
una compañía o
asociación.

Sociedad:
Agrupación de
personas que
constituyen
unidad distinta
de cada uno de
los individuos
para cumplir
todos o algunos
con los fines de
la vida.

Modelo:
Ejemplar digno
de seguir o
imitarse.

Modelo: Forma
o figura que se
pretende obtener
en la ejecución

	<p>de una obra u otra cosa/Dispositivo teórico o práctico que permite la determinación de valores de las magnitudes no mensurables directamente en un sistema automático.</p> <p>Modelo: Es la representación abstracta que a través de la identificación y caracterización de los componentes de uno o varios sistemas, así como de sus asociaciones, interrelaciones y manifestaciones internas y externas, permite la determinación de una estructura lógica de actividades y procedimientos que tienen como objetivos la modificación y/o alteración de variables que están generando una situación específica u</p>			
--	---	--	--	--

organización en el sistema.

Permitir: Dar libertad o facultad de hacer, de decir o de emplear, tomar la libertad de hacer algo.

Establecer: fundar, ordenar, residir.

Relación: Conexión de una cosa con otra./Correspondencia entre dos personas o cosas que se consideran a un mismo tiempo.

Relación: Vínculo, conexión.

Estrechez: Enlace estrecho de una cosa con la otra.

Entre: De nota cooperación de personas o cosas.

Entre: En medio de./Dentro de.

Equipo: Grupo de personas para un fin determinado.

Medico: Relativo a la

medicina o al tratamiento de la enfermedad.

Paciente:

Persona enferma que esta en tratamiento para curarse.

Paciente: Quien padece enfermo.

Medio Social:

La parte del ambiente que consiste en la interacción de personas o grupos e incluye las expectativas sociales las pautas de organización social y todo los demás aspectos de una sociedad.

Base:

Fundamento o apoyo.

Base:

Fundamento.
/Principio.

Tratamiento:

Método curativo./Sistema o método para tratar enfermedades o defectos.

Tratamiento:

Conjunto de

	<p>medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos, y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades. /Terapia o terapéutica. Integral: Completo. /Dícese de las partes que entran en la composición de un todo.</p>			
--	---	--	--	--

2.4 Proceso de seguimiento y evaluación.

PROYECTO 1:

Capacitación sobre la diabetes y sus implicaciones.

El día 7 de julio se llevo a cabo una reunión con el personal de salud para informarles sobre el presente programa.

A través de una mesa redonda se acordó que los temas a abordar serian: ¿que es la diabetes?; sus causas; sus manifestaciones; el control de la enfermedad; sus complicaciones; el pie diabético y automonitoreo.

La formación del grupo estaría a cargo de trabajo social; los temas serian abordados por los médicos.

Del 11 de julio al 10 de agosto se invito al curso de capacitación a cerca del control de la diabetes mellitus dirigido a pacientes y familiares. El curso daría inicio el 11 de agosto.

El día 10 de agosto se reunió al grupo para explicar los objetivos del proyecto y que se conocieran los integrantes de este.

CARTA DESCRIPTIVA

PROYECTO: capacitación sobre la diabetes y sus implicaciones.

OBJETIVO: capacitar al paciente y a sus familiares acerca del control de la diabetes mellitus, a fin de lograr su participación en el mismo.

FECHA	TEMA	OBJETIVO	TEC DIDAC.	MATERIA LES	OBSERVAC IONES.
11-08-00	Diabetes mellitus	Que el paciente y sus familiares comprendan que es la enfermedad de la diabetes mellitus	Acetatos	Proyector de acetatos, acetatos, pizarrón, gis.	Asistieron: 26 pacientes 21 familiares
	Causas de la diabetes mellitus.	El paciente y sus familiares conozcan las causas que ocasionan la diabetes mellitus			
18-08-00	Manifestaciones y control de la diabetes mellitus.	Que el paciente y sus familiares sepan como se manifiesta la diabetes mellitus y como se controla.	Acetatos	Proyector de acetatos, acetatos, pizarrón, gis.	Asistieron: 25 pacientes 21 familiares
25-08-00	Complicaciones de la diabetes mellitus y pie diabético.	Que el paciente y sus familiares conozcan las complicaciones de la diabetes mellitus y el cuidado con sus pies.	Acetatos	Proyector de acetatos, acetatos, pizarrón, gis.	Asistieron: 25 pacientes 17 familiares
01-09-00	Automonitoreo y aclaración de dudas	Que el paciente comprenda la importancia del automonitorial.	Acetatos	Proyector de acetatos, acetatos, pizarrón,	Asistieron: 23 pacientes 17 familiares

08-09-00	Evaluación	Evaluar los conocimientos adquiridos.	Mesa redonda y discusión.	gis. Pizarrón y gis.	Asistieron: 25 pacientes 18 familiares
----------	------------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------	--

PROYECTO 2: formación del grupo de autoapoyo como herramienta terapéutica.

El día 8 de septiembre se hizo la invitación para la formación del club del paciente diabético invitado a los pacientes presentes a participar; todos estuvieron de acuerdo y se les dio la cita para el día 6 de octubre del 2000.

El día 6 de octubre.

Este día se cito a los pacientes y se manejo una dinámica: la maleta de la vida:

* Objetivo de la dinámica:

Identificar en si mismo alcances y limitaciones.

* Duración:

30 minutos.

* Material:

Hojas con el dibujo de una maleta en el lado izquierdo y un baúl en el lado derecho.

* Desarrollo:

- Explicar el objetivo de la dinámica.
- Mencionar que en cada persona existen aspectos positivos y negativos, que cada individuo tiene un valor muy especial, y que de cada quien depende ir aumentando las características positivas de su persona y disminuyendo o modificando las características negativas.
- Distribuir a cada paciente una hoja con una maleta y un baúl dibujado.
- Indicar al grupo que imagine que van a realizar un viaje muy especial, el viaje de su vida, y que necesitan hacer una maleta muy especial para que viajen con éxito.
- Pedir que escriban en el baúl "lo que me llevo" y en la maleta "lo que dejo".

- Aclarar que así como se eligen los vestidos o trajes más bonitos para ir de viaje, así tendrán que identificar en sí mismos las características más positivas, descartando las negativas, las cuales deberán ser escritas en el baúl. Dar diez minutos para la actividad.

- Pedir que expongan voluntariamente, ante el grupo, las características que decidieron llevar al viaje y aquellas que dejarán en el baúl.

- Algunos puntos que se discutieron con el grupo son:

a) qué características les costo más trabajo identificar

b) a que creen que se deba

c) como creen que pueden aumentar las características positivas y disminuir o modificar las negativas.

- Cerrar el ejercicio reforzando la capacidad para analizarse o haciendo un comentario que alimente su autoestima.

Al concluir la dinámica se dijo que el próximo mes sería día de muertos y que si deseaban hacer alguna actividad en especial. A través de una lluvia de ideas se acordó realizar una ofrenda dentro del centro de salud; quienes pudieran llevar algún alimento o elaborar alguna calavera lo harían. La próxima cita sería el primero de noviembre.

Se concluyó la sesión agradeciendo verbalmente su asistencia y recordándoles la próxima cita a las 11:00 a.m.

Acudieron 23 pacientes.

El primero de noviembre se reunió el grupo y se colocó lo que trajeron en la mesa.

Se pidió cooperación al personal de salud para comprar papel y adornar para la ofrenda.

Con ayuda de los pacientes se puso la ofrenda en la entrada del centro de salud.

Posteriormente se reunió al grupo en el aula para programar la próxima cita que sería el primero de diciembre a las 11:00.

El día primero de noviembre, acudieron 15 pacientes por que algunos fueron al panteón.

El día 1° de diciembre:

Se reunió el grupo y se inicio la sesión con la siguiente dinámica: los dos caminos.

*** Objetivo:**

- Aprender a evaluar las ventajas y desventajas de tomar una determinada decisión.

*** Duración:**

-30 minutos.

*** Material:**

- Pizarra y gises.

*** Desarrollo:**

- Dibujar en el pizarrón dos caminos y explicar que para cualquier decisión hay dos o más caminos que se pueden tomar y que cada uno tiene ventajas y desventajas.

- Explicar el uso de los dos caminos y pedir que digan en voz alta alguna decisión que tenga que ver con su diabetes como: no acudir al medico, no secar bien sus pies cuando se bañan, etc. Escribir todas las ventajas y desventajas de la otra opción en el otro.

- Hacer énfasis en la importancia de que cada quien tome sus propias decisiones, obtenga información y analice los pros, contras y otras alternativas de la decisión y antes de decidirse por una opción.

Al finalizar la dinámica se llevo a cabo una mesa redonda en donde se estuvo comentando las actividades que realizaron para el día de muertos.

Se dio por terminada la sesión diciendo que la próxima cita seria en un mes, que dijeran el día que les gustaría que fuera la junta por que se entraba de vacaciones el día 3 de enero. Propusieron que fuera el día 5 y que se partiera una rosca. Se abordo que llevarian chocolate, y vasos desechables, ese mismo día se daría cooperación para la rosca.

Acudieron 25 pacientes.

El día 5 de enero.

Se junto la cooperación para la rosca y se comisionó a tres pacientes para que fueran a comprarla.

Mientras, se aplicó la dinámica de: cuerpos expresivos.

* Objetivo:

- Animación.

* Material:

- Papeles pequeños.

* Desarrollo:

- Se escriben en los papelitos nombres de animales (hembra y macho), ejemplo león en un papelito, leona en otro papelito, tantos papeles como participantes.
- Se distribuyen los papelitos y se dice, que durante 10 minutos, sin hacer sonidos deben actuar como el animal que les toco y buscar a su pareja. Cuando creen que la han encontrado, se toma del brazo y se quedan en silencio alrededor del grupo; no se puede decir a su pareja que animales
- Una vez que todos tienen su pareja, deberán volver a actuar y el resto de los participantes decir que animal representa y se forman la pareja correcta.
- Después de la dinámica se prosiguió a partir la rosca, acordando que a quien le tocaran los muñecos la próxima sesión traerían una fruta para cada quien. Después de partir la rosca se puso música y algunos paciente bailaron.
- Al cerrar la sesión se aviso que la próxima cita seria el día 9 de febrero y que se les impartiría una platica sobre salud bucal, se les pidió que trajeran su cepillo de dientes.
- Acudieron 20 pacientes.

El día 9 de febrero se reunió el grupo en el aula del centro de salud, en donde se les impartió la platica de salud bucal.

CARTA DESCRIPTIVA

* Platica:

- Salud bucal.

*Objetivo:

-Que el paciente diabético aprenda las técnicas adecuadas para el cuidado de su boca.

FECHA	TEMA	OBJ.	TEC. DIDAC.	MATERIA LES	OBS.
09-02-01	-Técnicas de cepillado. -Uso de hilo dental. -Masaje en encías.	-Que el paciente aprenda a asear y cuidar su boca.	Exposición	Tipodonto dental Capillo dental Hilo dental	Asistieron 20 pacientes a los que se les checo su boca y se les dio cita a 7 personas que necesitaban atención.

Se dio por terminada la platica avisándoles que la próxima cita seria el 9 de marzo y se les informo que se abordaría el tema de cáncer cervicouterino.

9 de marzo:

Sé reunió al grupo en el aula donde se impartió la platica de cáncer cervicouterino:

CARTA DESCRIPTIVA

* Platica:

- Detección del cáncer cervicouterino.

* Objetivo:

- Que los pacientes sepan la importancia que tiene el examen de detección de cáncer cervicouterino.

FECHA	TEMA	OBJ.	TEC. DIDAC.	MATERIA LES	OBS.
09-03-01	Cáncer cervicouterino	Concientisar a los pacientes acerca de la importancia del papanicolao.	Acetatos	Proyector de acetatos. Acetatos.	Asistieron 22 pacientes.

Al concluir la plática se les propuso a los pacientes llevar una receta preparada con soya texturizada. Y se les aviso que la próxima sesión sería el 6 de abril.

6 de abril:

Este día se les invito a dos promotores de salud quienes se encargaron de llevar la soya hidratada y antes de que diera inicio la sesión picaron la cebolla, jitomate y cilantro y exprimieron limón.

Cuando inicio la sesión mencionaron los beneficios de la soya y prepararon cebiche con los ingredientes mencionados anteriormente y lo sirvieron en tostadas a los pacientes.

5 pacientes dijeron la fórmula en que ello han utilizado la soya.

Se les informo que quien quisiera gustaría podría pasar a la farmacia a comprar soya el kilo cuesta \$6.00 pesos.

Se les entregaron algunas recetas por escrito y se les informo que el próximo mes se suspendería la sesión por que habría otras actividades en el aula. Para la siguiente sesión se les mandaría a avisar.

PROYECTO 3: atención integral al paciente diabético.

El día 7 de julio además de determinar los temas que se darían a los pacientes diabéticos; se hablo de la función que tiene cada uno de los integrantes del equipo de salud para brindarles una atención adecuada a los pacientes. De los 6 médicos de la clinica solo estuvieron presentes 5, los que dijeron estar de acuerdo con la atención que se debe brindar al paciente, el demás equipo de salud estuvo de acuerdo en brindar un trato digno y respetuoso a los pacientes diabéticos.

De hecho existe un formato para llevar el control del paciente diabético mismo que debe estar dentro del expediente clínico (el médico debe hacer las notas médicas correspondientes.) Existe otro formato que debe llevar la enfermera para el control de citas del paciente.

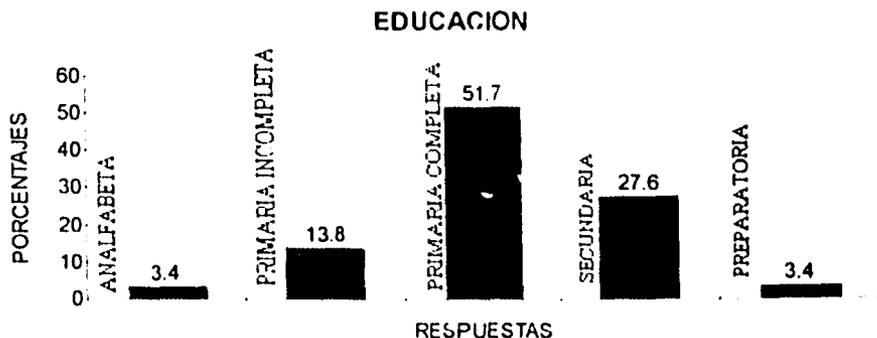
PROYECTO 4: material de información y orientación.

Con apoyo del diario del campo se tomaron en cuenta las inquietudes que surgieron en los pacientes y sus familiares durante las sesiones de capacitación y del grupo de autoayuda para elaborar información impresa dirigida a los pacientes y sus familiares. Este material comprende, de manera general, información básica, acerca de la diabetes mellitus, sus causas, manifestaciones, complicaciones y control de la enfermedad.

PRESENTACION DE RESULTADOS

En los datos obtenidos del cuestionario aplicado a los pacientes diabéticos incluidos en el grupo experimental se encontró lo siguiente (pre y poscuestionario).

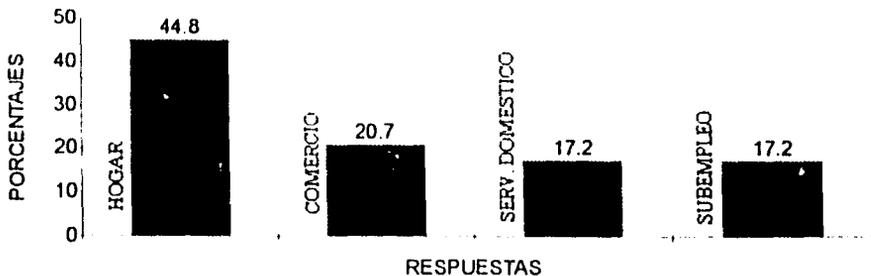
ESCOLARIDAD:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - Analfabeta	1	3.4
2. - Primaria incompleta	4	13.8
3. - Primaria completa	15	51.7
4. - Secundaria	8	27.6
5. - Preparatoria	1	3.4



En la gráfica se puede observar que predomina la primaria completa y que solo existe el 3.4% de analfabetismo.

OCUPACION:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - Hogar	13	44.8
2. - Comercio	6	20.7
3. - Serv. Domestico	5	17.2
4. - Subempleo	5	17.2

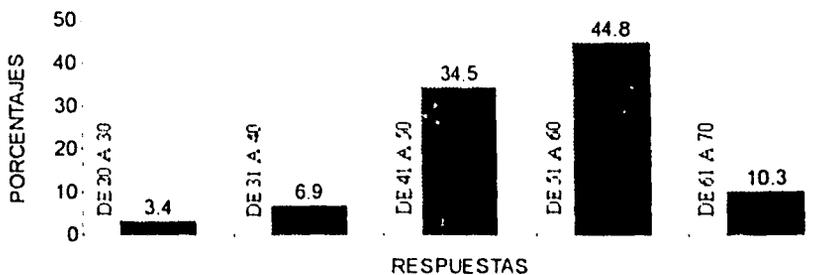
OCUPACION



En esta gráfica se puede ver que en su mayoría se dedican al hogar y que todos los pacientes realizan alguna actividad.

EDAD:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - De 20 a 30	1	3.4
2. - De 31 a 40	2	6.9
3. - De 41 a 50	10	34.5
4. - De 51 a 60	13	44.8
5. - De 61 a 70	3	10.3

EDAD



En la gráfica se puede observar que la mayoría de pacientes se encuentran entre 41 y 60 años de edad.

SEXO:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - Femenino	21	72.4
2. - Masculino	8	27.6

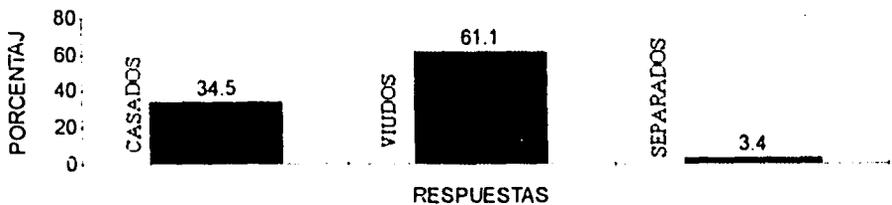
SEXO



En esta gráfica se puede distinguir que la enfermedad se presenta mas en mujeres, en lo que respecta al grupo control.

ESTADO CIVIL:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - Casados	10	34.5
2. - Viudos	18	61.1
3. - Separados	1	3.4

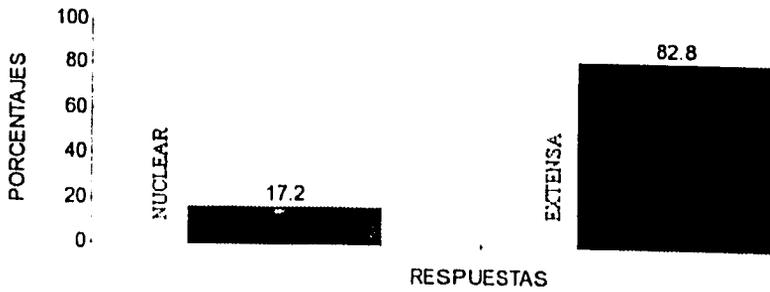
ESTADO CIVIL



En esta gráfica se puede observar que prevalecen las personas que viven sin pareja.

TIPO DE FAMILIA:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - Nuclear	5	17.2
2. - Extensa	24	82.8

TIPO DE FAMILIA



Se puede observar que los pacientes viven mas dentro de una familia extensa ocupando un 82.8%.

¿El médico es amable con usted?

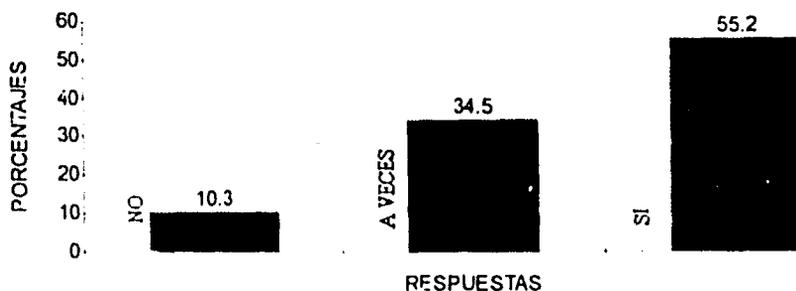
PREEVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	4	13.8
2. - A veces	10	34.5
3. - Sí	15	51.7



POS-EVALUACION:

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	3	10.3
2. - A veces	10	34.5
3. - Sí	16	55.2

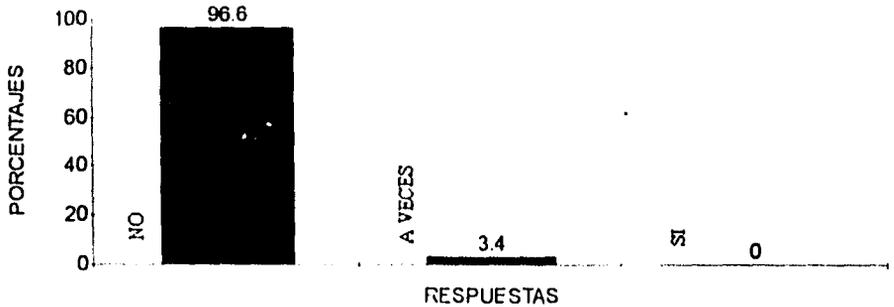


En estas gráficas se puede observar que la mayoría de pacientes manifiestan la amabilidad del médico. Existe una diferencia de 3.5% en las respuestas del cuestionario aplicado antes y después del modelo.

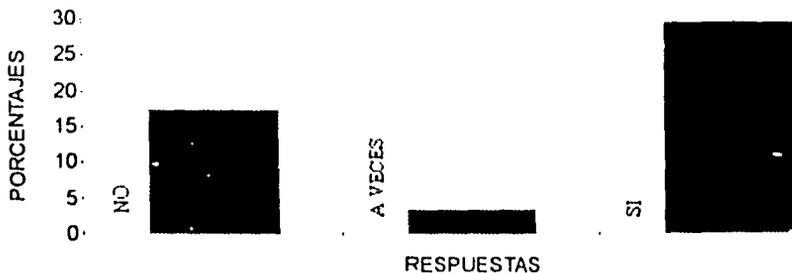
¿Cuándo acude a consulta, el médico le informa sobre su nivel de glucosa?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	28	96.6
2. - A veces	1	3.4
3. - Si	0	0



RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	5	17.2
2. - A veces	1	3.4
3. - Si	23	79.3

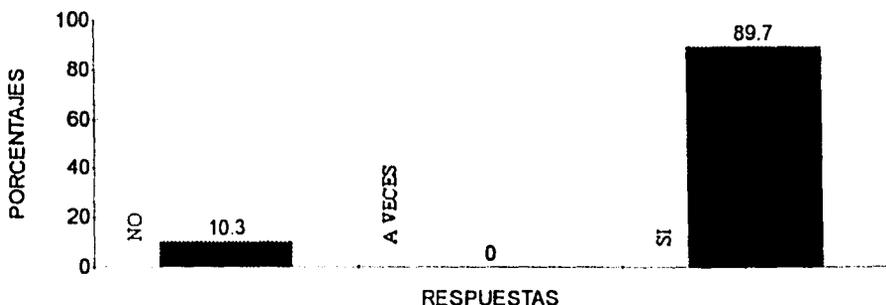


En la primer gráfica se puede observar que el médico no les informa sobre su nivel de glucosa a diferencia de la segunda en donde se puede observar en las gráficas que la mayoría de pacientes manifiesta que el médico le informa sobre su nivel de glucosa. En algunas ocasiones el médico se limita a decir que está alta o bien de acuerdo a los resultados del estudio.

¿El médico le pregunta su presión arterial?(Esta pregunta se hace en función de que antes de que el paciente pase al consultorio debe tomarse su presión, existe una enfermera que les toma la presión a los pacientes de los seis consultorios y se los anota en un papel)

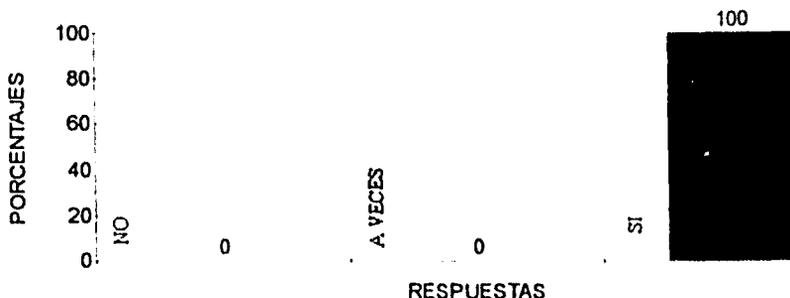
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	3	10.3
2. - A veces	0	0.0
3. - Sí	26	89.7



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	0	0.0
2. - A veces	0	0.0
3. - Sí	29	100

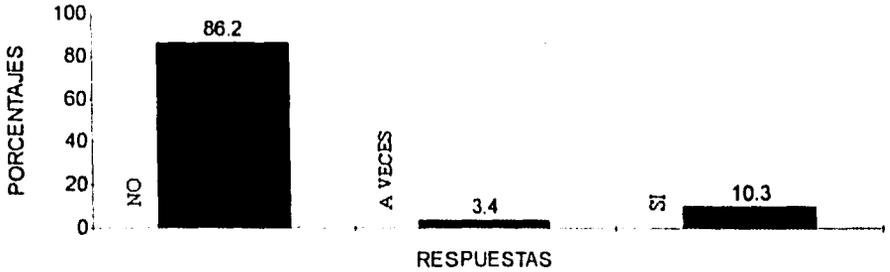


En esta pregunta se puede observar un alto porcentaje a la respuesta sí. Los médicos no le dan la consulta al paciente si este no se ha pesado y tomado la presión arterial. Existe una ligera diferencia en la respuesta del primer cuestionario aplicado.

¿El médico le examina los ojos?

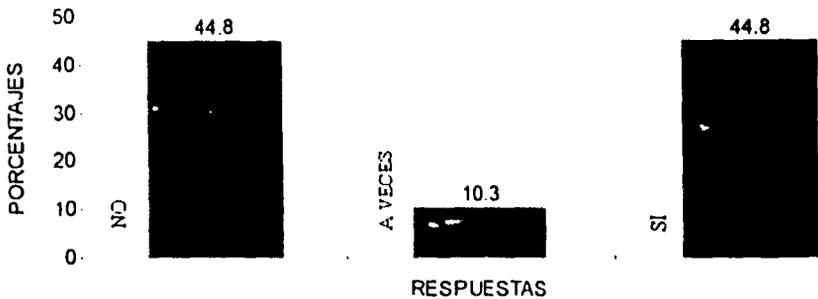
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	25	86.2
2. - A veces	1	3.4
3. - Si	3	10.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	13	44.8
2. - A veces	3	10.3
3. - Si	13	44.8

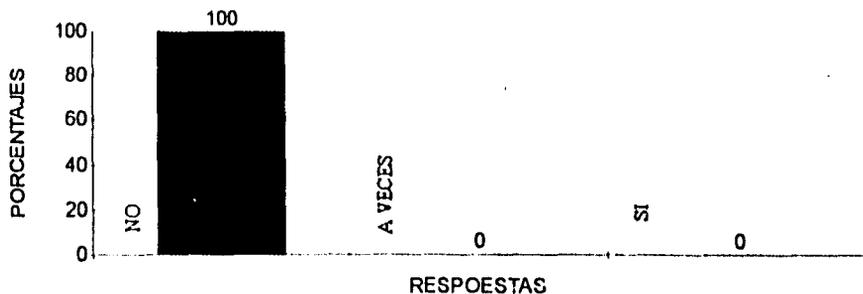


En estas gráficas se puede observar un cambio de actitud por parte del médico.

¿El médico le pregunta si tiene alguna dificultad para ver?

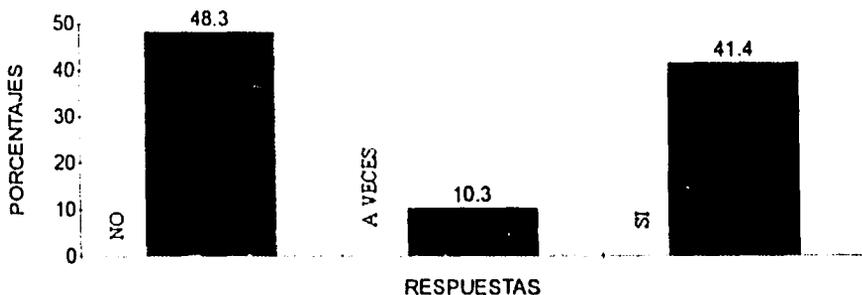
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	29	100
2. - A veces	0	0
3. - Si	0	0



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	14	48.3
2. - A veces	3	10.3
3. - Si	12	41.4

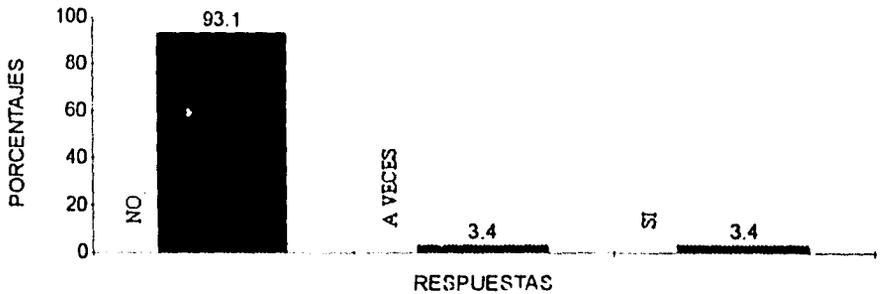


En estas gráficas también se puede observar que se dio un ligero cambio de actitud por parte del médico aunque en las respuestas obtenidas de las dos preguntas anteriores se puede ver que él médico no le está dando importancia al daño que pudiera estar dando a nivel del ojo (retinopatía del ojo).

¿El médico le checa sus reflejos?

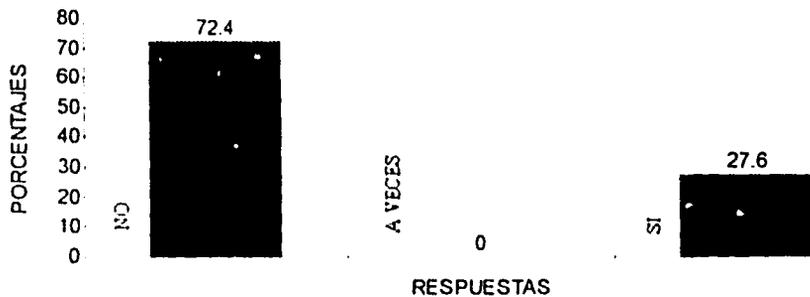
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	27	93.1
2. - A veces	1	3.4
3. - Si	1	3.4



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1. - No	21	72.4
2. - A veces	0	0.0
3. - Si	8	27.6

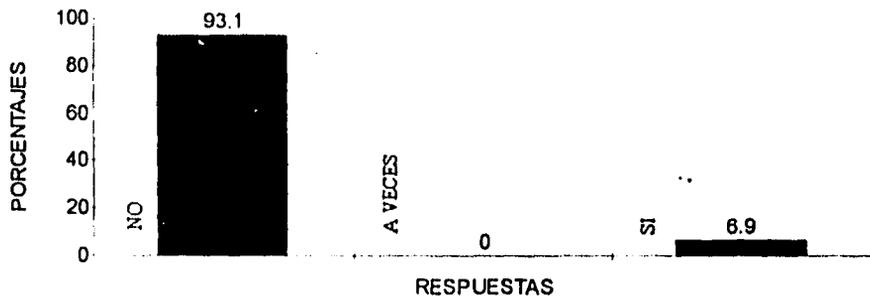


En ambas gráficas se nota un ligero cambio.

¿El médico le explora sus pies?

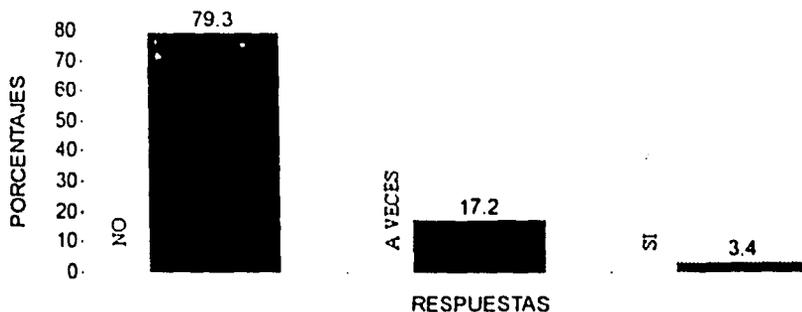
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	26	93.1
2.- A veces	0	0
3.- Si	2	6.9



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	23	79.3
2.- A veces	5	17.2
3.- Si	1	3.4

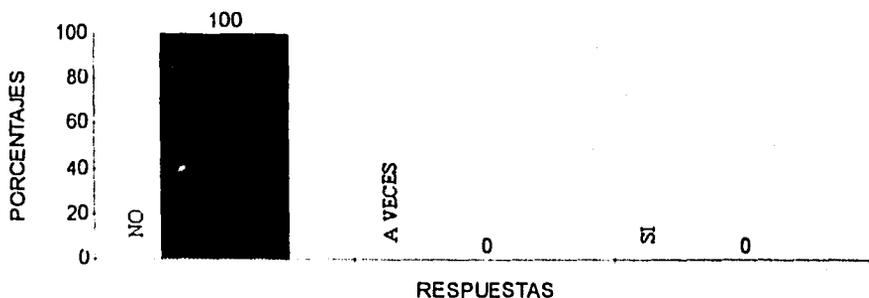


En estas gráficas se nota un ligero cambio de actitud por parte del médico.

¿El médico le pregunta si a presentado dolor en piernas y/o pies?

PRI-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	29	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



POS-EVALUACION

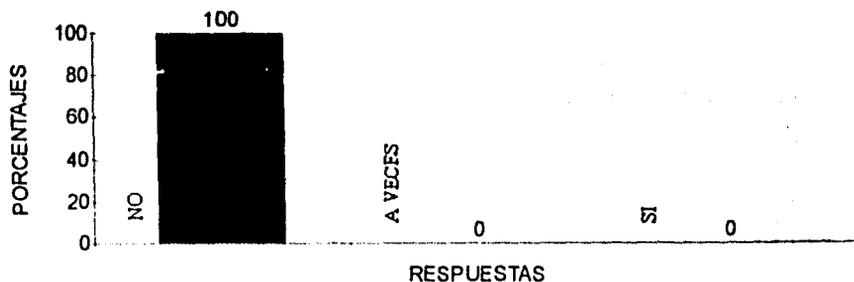
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	72.4
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	7	24.1



En estas gráficas se nota un ligero cambio de actitud por parte del medico.

¿El médico le pregunta si padece diarrea sin causa o estreñimiento pertinaz?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	29	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



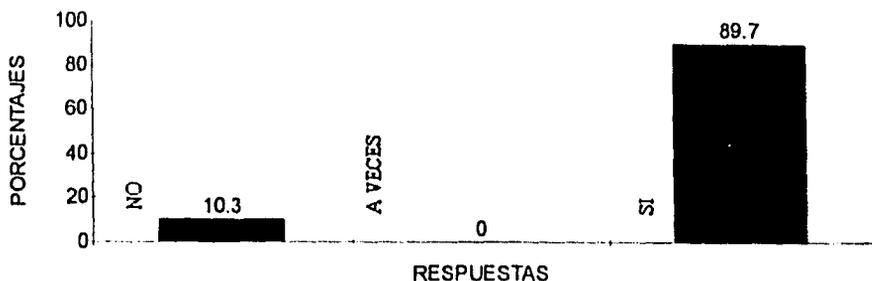
En la pregunta anterior la respuesta antes y después de la aplicación del modelo la respuesta fue la misma.

En las cuatro preguntas anteriores se puede observar que no se está viendo si pudiera existir en todos los pacientes algún síntoma que indique posibles alteraciones como son daño a los nervios sensitivos y motores voluntarios (neuropatía diabética) o visceral (neuropatía autonómica).

¿El médico hace notas en el expediente clínico?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	26	89.7



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100

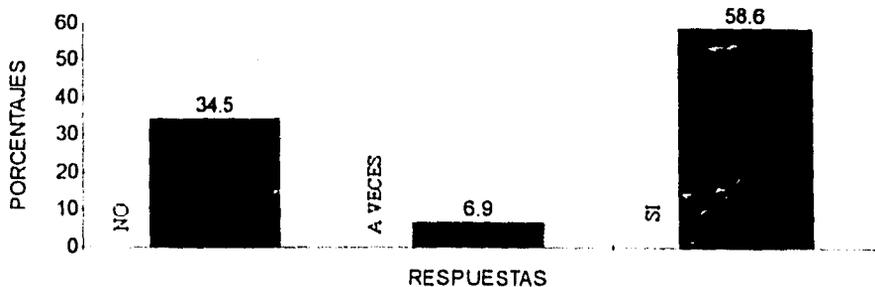


En las gráficas se observa una mínima diferencia. Es importante mencionar que es una disposición normativa que el médico haga notas en todos los expedientes clínicos, pero no siempre hace las notas.

¿El médico le pregunta si acude con la nutrióloga? (Esta pregunta se hace en función a que la nutrióloga no integra sus notas al expediente)

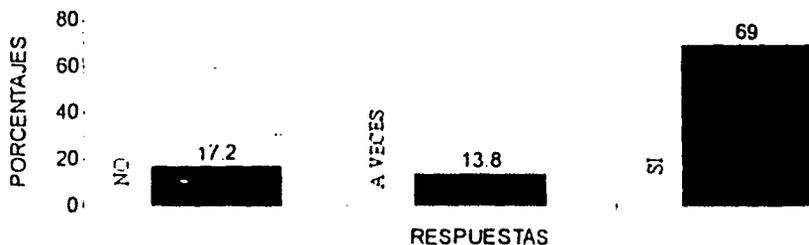
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	34.5
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	17	58.6



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	5	17.2
2.- A veces	4	13.8
3.- Si	20	69.0



¿El médico le sugiere que haga o siga realizando alguna actividad física?

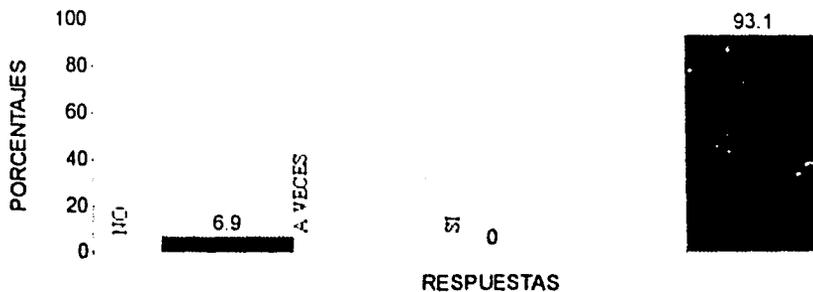
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	29	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



POS-EVALUACION

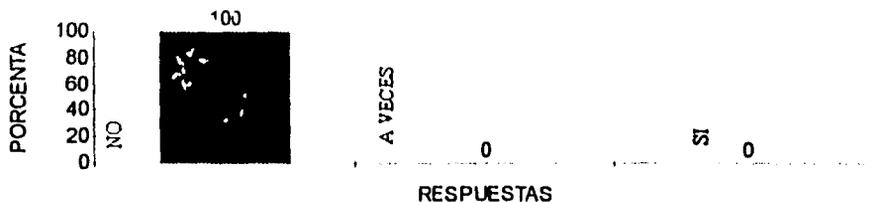
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	6.9
2.- A veces	0	0
3.- Si	27	93.1



¿El médico le pregunta si pertenece al club del diabético?

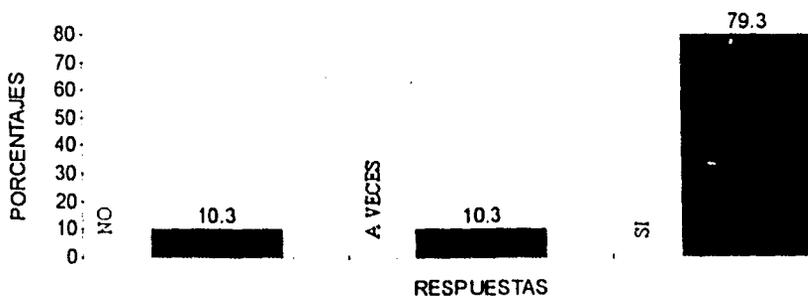
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	29	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	23	79.3

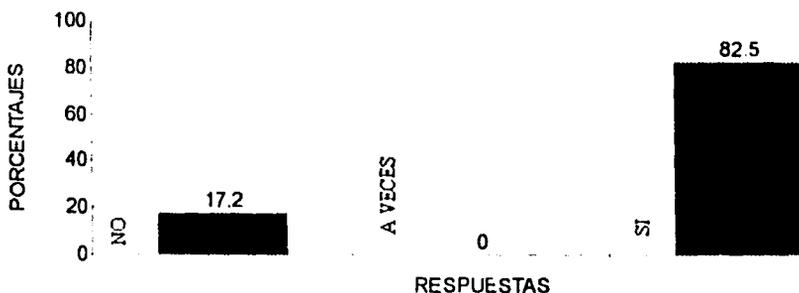


En las gráficas de las tres preguntas anteriores se puede observar que el médico no le daba importancia al tratamiento integral del paciente diabético, y que a partir de la aplicación del modelo se dio un cambio de actitudes, lo que significa que el médico se apoya en otros servicios para el tratamiento terapéutico del paciente.

¿El médico le explica la forma de ingerir sus medicamentos?

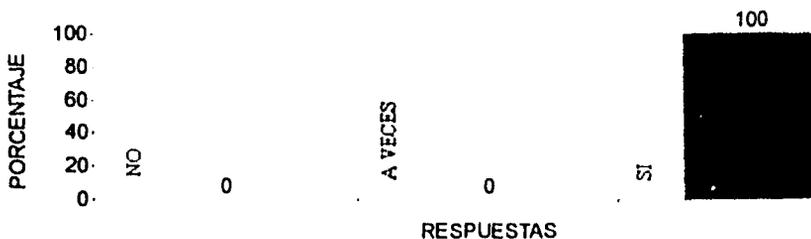
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	5	17.2
2.- A veces	0	0
3.- Si	24	82.5



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100

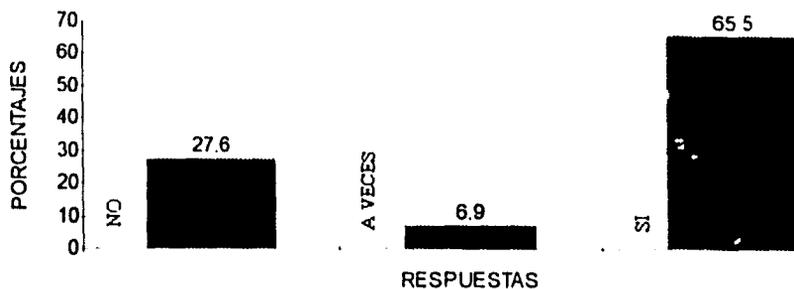


En estas gráficas se puede observar que el médico no le explicaba a todos sus pacientes la forma de tomar sus medicamentos. Después de la aplicación del modelo el médico, además de proporcionarle la receta le dice a todos los pacientes verbalmente la hora y la cantidad de medicamentos que debe ingerir.

¿El médico le indica su próxima cita?

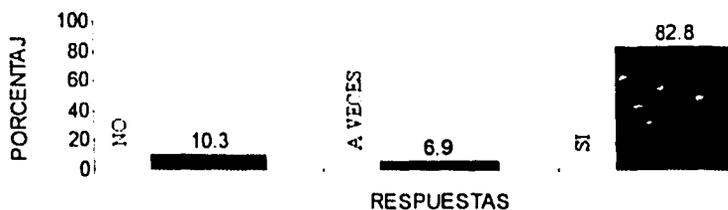
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	8	27.6
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	19	65.5



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	24	82.8

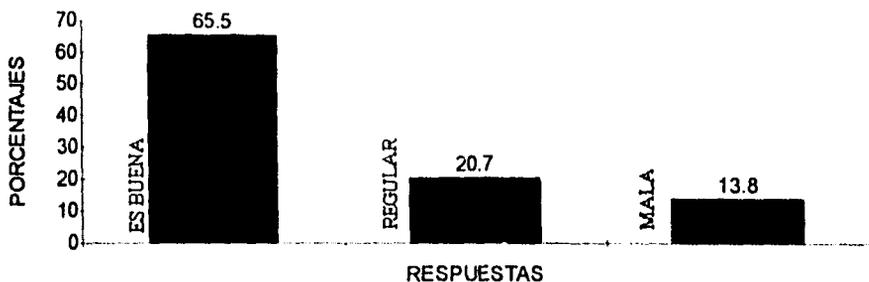


En estas graficas se puede observar un ligero cambio de actitud por parte del medico en cuanto a indicar la próxima cita a consulta. En la respuesta posterior se puede observar que el médico cita a sus pacientes para llevarles el control de su padecimiento.

¿Qué opina de la atención que recibe por parte del medico?

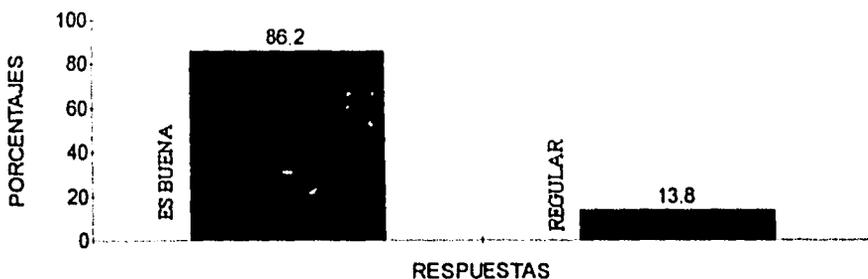
PRE-EVALUCION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Es buena	19	65.5
2.- Regular	6	20.7
3.- Mala	4	13.8



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Es buena	25	86.2
2.- Regular	4	13.8

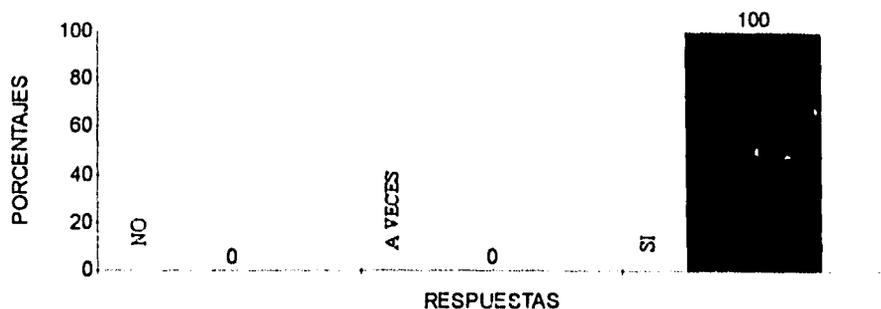


En estas gráficas se puede observar que la mayoría de pacientes se sienten satisfechos con la atención médica. Existiendo una leve diferencia entre las respuestas anteriores y posteriores a la aplicación del modelo.

¿La nutrióloga le pregunta su nivel de glucosa?

PRE-EVALUACION

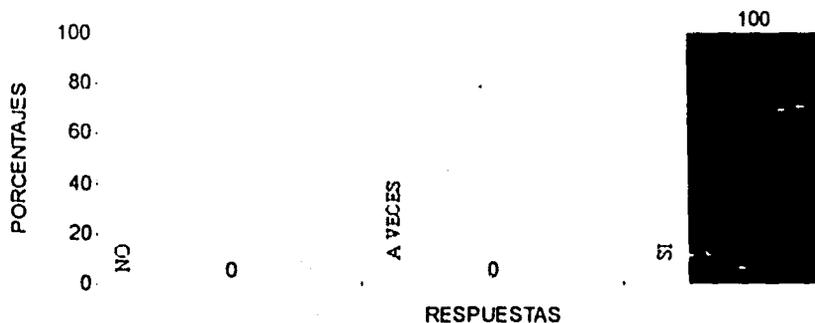
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



¿La nutrióloga la (o) pesa?

POS-EVALUACION

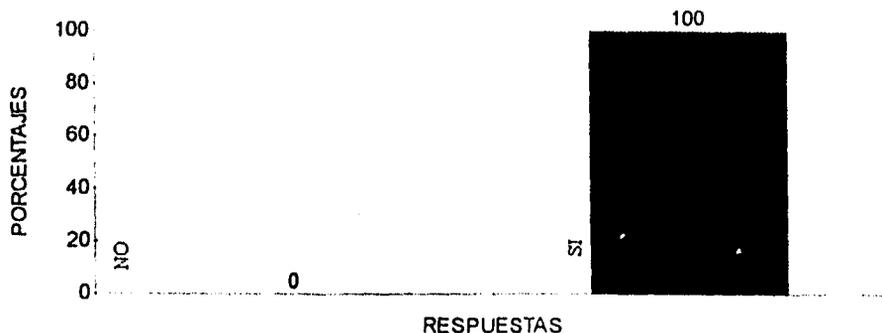
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



¿La nutrióloga le pregunta cuantos días a la semana ingirió: verduras, frutas, leche y derivados, carnes rojas, pollo, pescado, cereales y granos, huevo?

PRE-EVALUACION

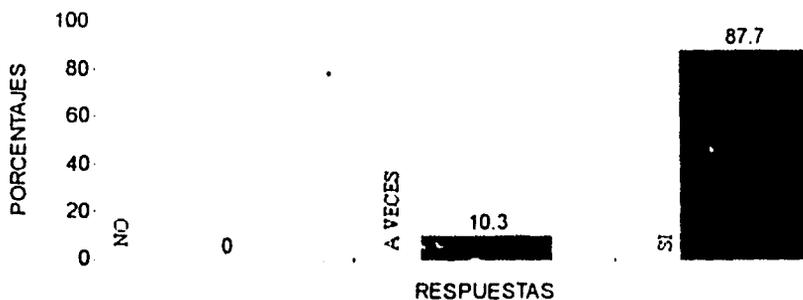
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- Si	29	100



¿La nutrióloga le pregunta con que endulza sus bebidas?

POS-EVALUACION

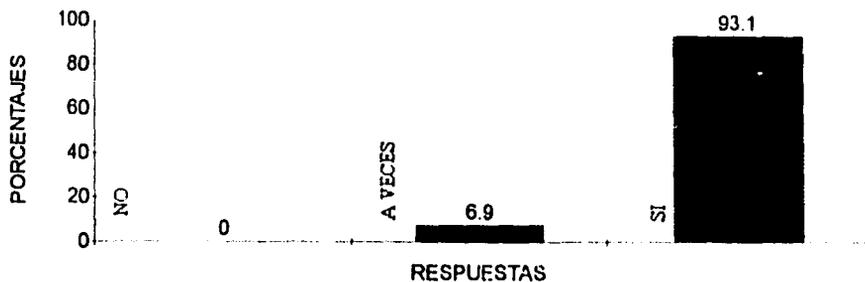
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	26	87.7



¿La nutrióloga le checa su hoja de dietas?

PRE-EVALUACION

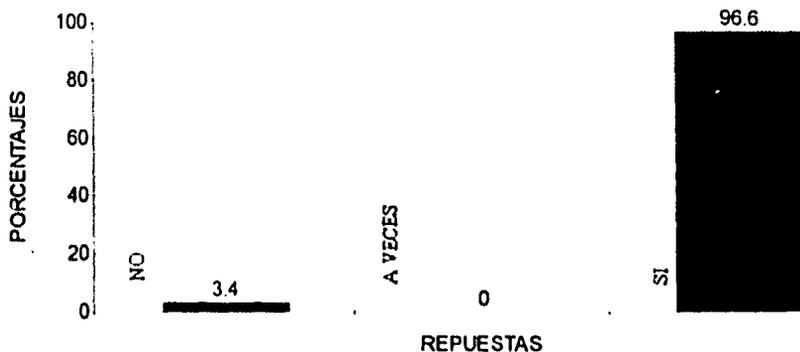
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	27	93.1



¿La nutrióloga le indico la dieta de acuerdo a su situación económica?

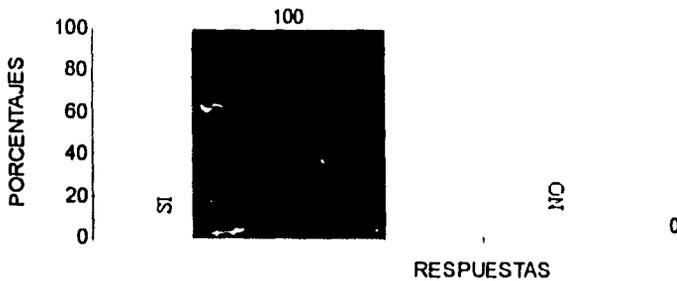
POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	1	3.4
2.- A veces	0	0
3.- Si	28	96.6



¿Qué opina de la atención que le brinda la nutrióloga?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Es buena	29	100

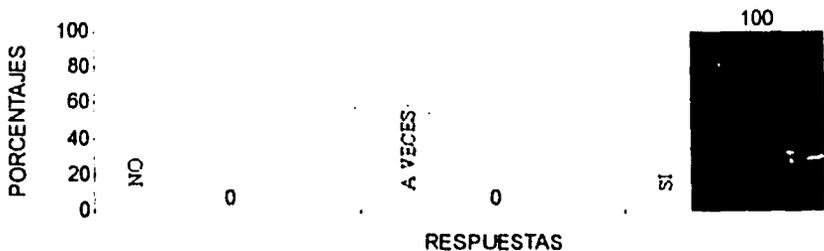


En cuanto a las preguntas relacionadas en lo que se refiere a la nutrióloga puede observarse que la mayoría de respuestas son positivas. Cabe mencionar que no existe la plantilla de personal nutrióloga, la persona que atendía este departamento se encontraba presentando su servicio social de la carrera de nutrición concluyéndolo en febrero del año 2001. La aplicación de los proyectos finalizó en abril.

Antes de la aplicación del modelo solo habían asistido a nutrición seis personas, quienes respondieron afirmativamente a las siete preguntas anteriores.

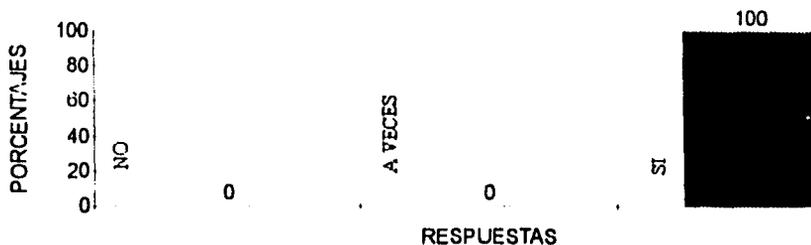
¿La enfermera le toma la presión arterial?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



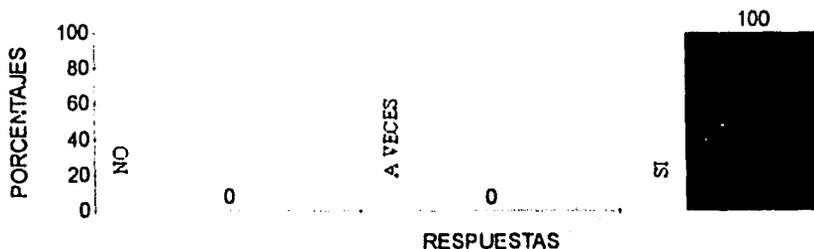
¿La enfermera anota en su tarjeta de control su nivel de glucosa?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



¿La enfermera checa si asistió a su ultima cita?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100

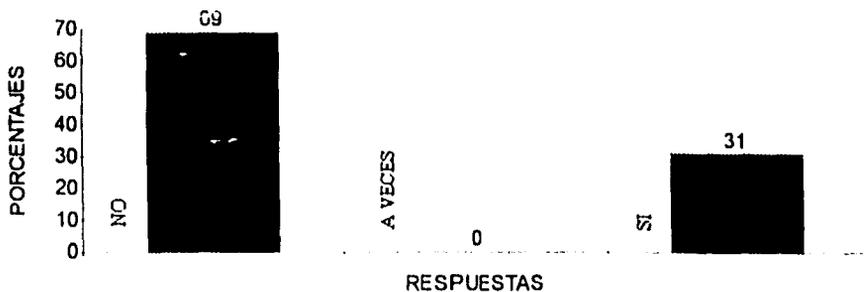


En las tres preguntas anteriores las respuestas de las preguntas en pre y en el y en el poscuestionario fueron las mismas.

¿La enfermera revisa si esta anotada en su carnet su próxima cita?

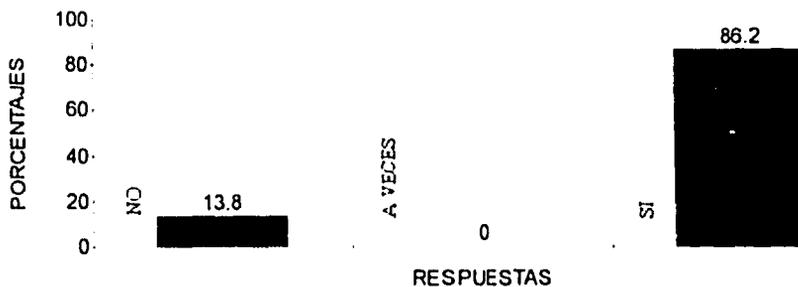
PRE-CUESTIONARIO

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	20	69
2.- A veces	0	0
3.- Si	9	31



POS-CUESTIONARIO

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	5	13.8
2.- A veces	0	0
3.- Si	24	86.2



En estas gráficas se observa que la enfermera no revisaba el carnet del paciente antes de la aplicación del modelo.

¿La enfermera le realiza su destroxis en caso necesario?

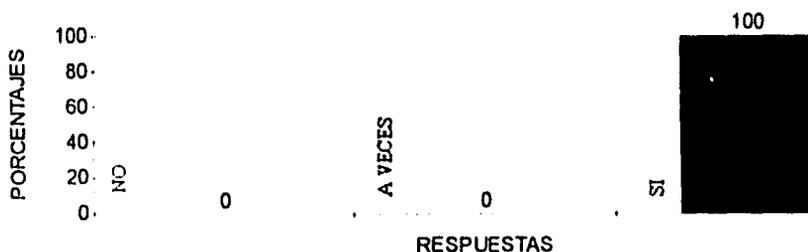
PRE-CUESTIONARIO

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	9	31.0
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	18	62.1



POS-CUESTIONARIO

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100

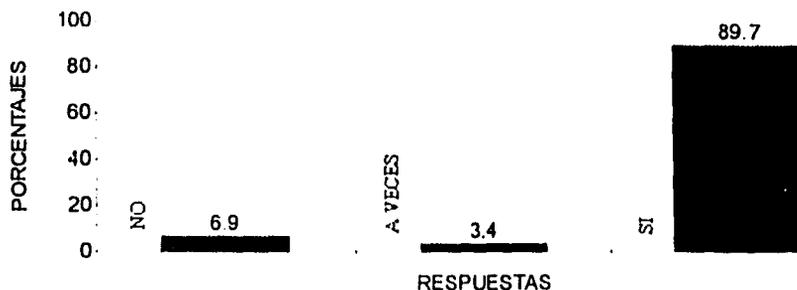


En estas gráficas se observa el cambio de actitud por parte de la enfermera en cuanto a la realización del destroxis.

¿La enfermera le trata en forma amigable y cortes?

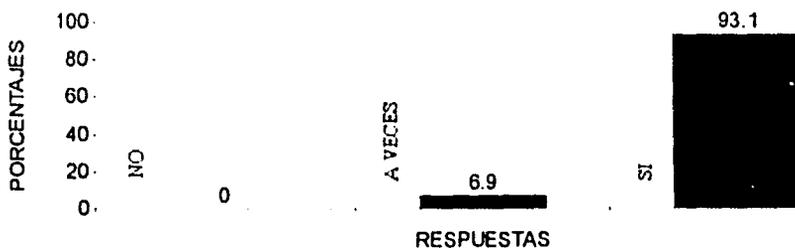
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	6.9
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	26	89.7



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	27	93.1

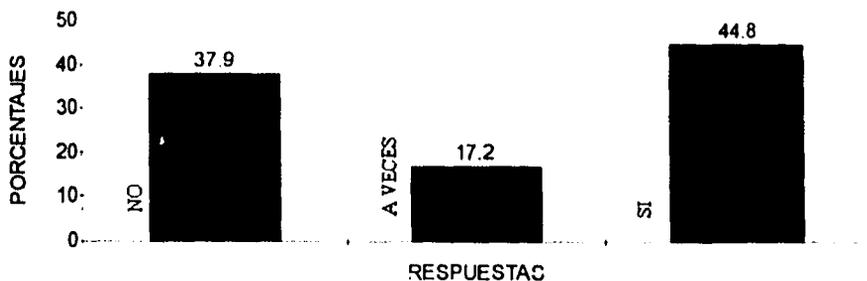


En los datos obtenidos en cuanto a la relación enfermera-paciente, sobre todo en poscuestionari, se puede observar en las gráficas que existe una marcada prevalencia en las respuestas positivas. Existe una sola enfermera encargada del programa de diabetes mellitus, ella solo lleva este y el programa de hipertensión arterial.

¿La recepcionista le atiende amablemente?

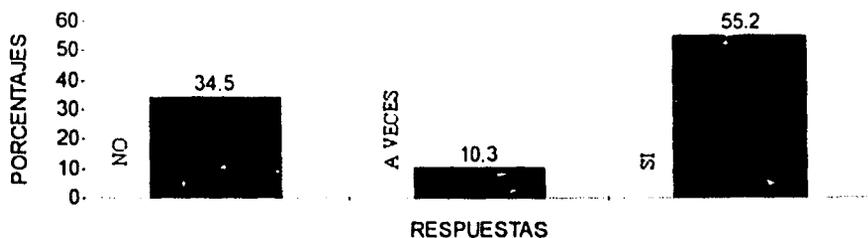
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	11	37.9
2.- A veces	5	17.2
3.- Si	13	44.8



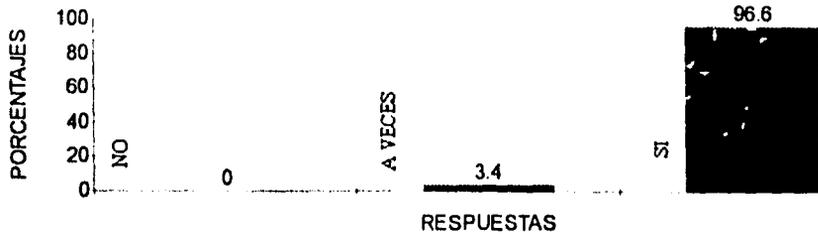
POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	34.5
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	16	55.2



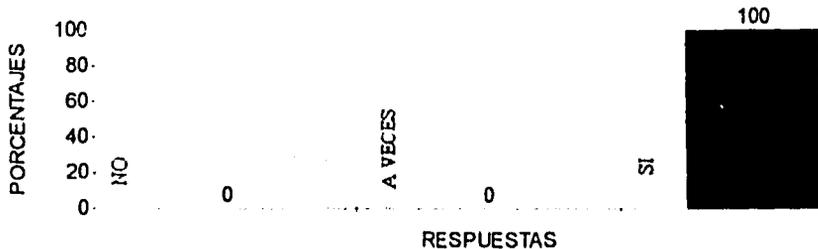
¿La recepcionista le explica el procedimiento a seguir para recibir la atención medica?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	28	96.6



¿La recepcionista le indica en que consultorio la atenderán?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100

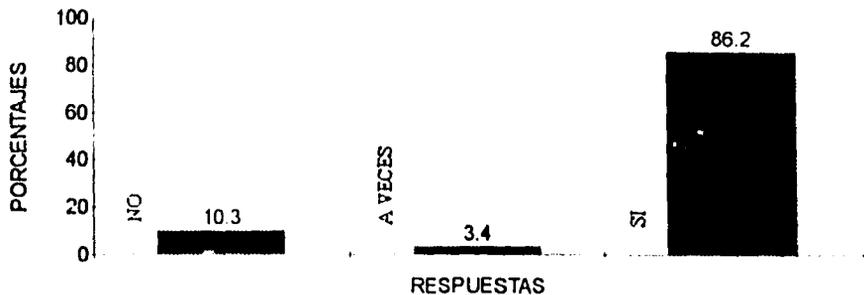


En las preguntas anteriores la respuesta fue igual en ambos cuestionarios.

¿La recepcionista le registra su próxima cita?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	25	86.2



POS-EVALUACION

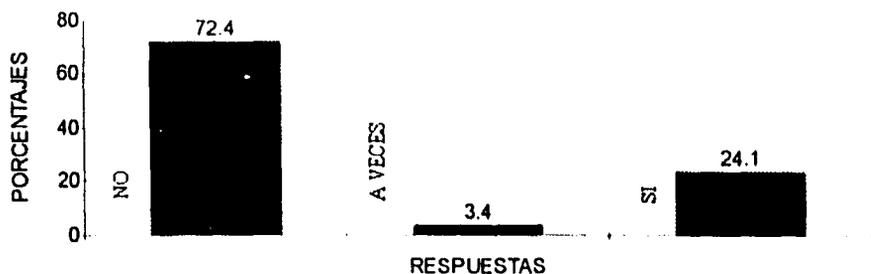
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	6.9
2.- A veces	0	0
3.- Si	27	93.1



¿La recepcionista le atiende cortés y respetuosamente?

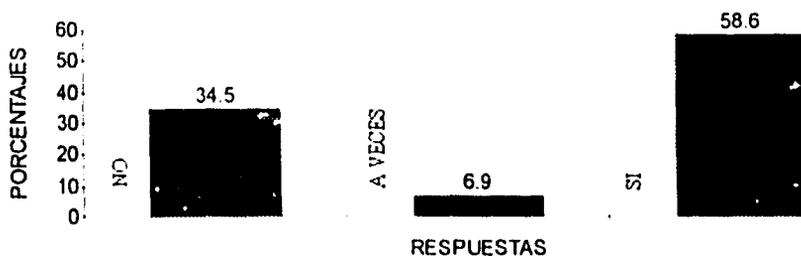
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	72.4
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	7	24.1



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	34.5
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	17	58.6



En cuanto a las preguntas de la relación recepcionista-paciente se observa la respuesta positiva en cuanto la actividad administrativa de la recepcionista, pero en cuanto a las preguntas relacionadas a la calidad de atención varía considerablemente como se puede observar en las gráficas.

También se puede observar que se presenta un cambio de actitud en la recepcionista posterior a la aplicación del modelo.

¿La trabajadora social le atiende amable y respetuosamente?

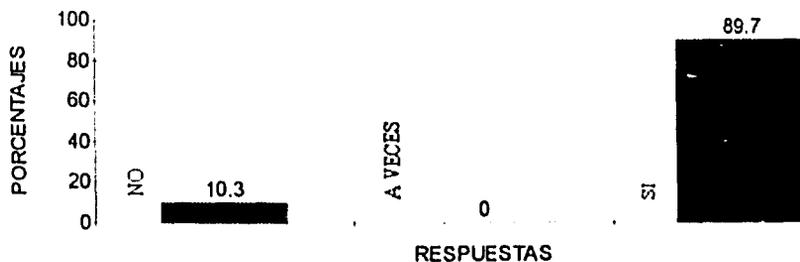
PRI-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	5	17.2
2.- A veces	0	0
3.- Si	24	82.8



POS-EVALUACION

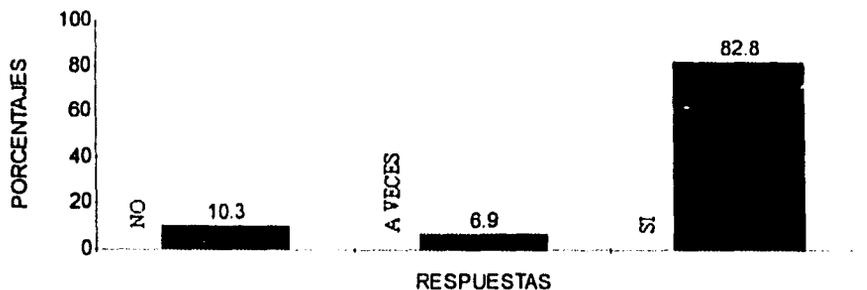
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	26	89.7



¿La trabajadora social le brinda información y orientación adecuada?

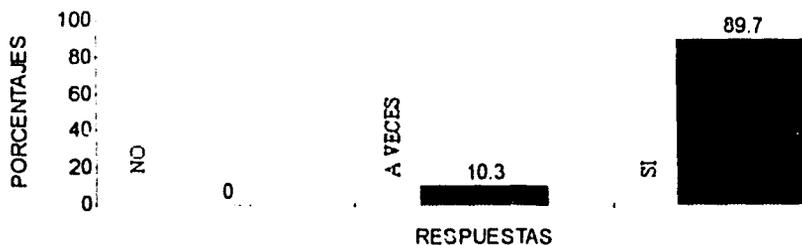
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	24	82.8



POS-EVALUACION

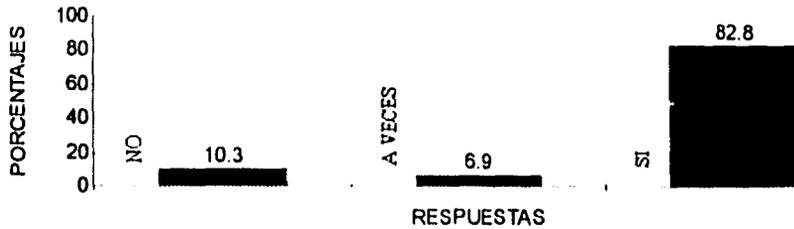
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	26	89.7



¿La trabajadora social le pregunta su estado de salud?

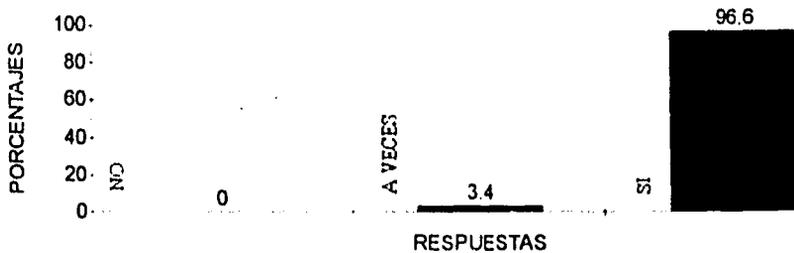
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	24	82.8



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	28	96.6



¿La trabajadora social le pregunta su próxima cita con el médico? (Esta pregunta se hace como una forma de mostrarle interés al paciente)

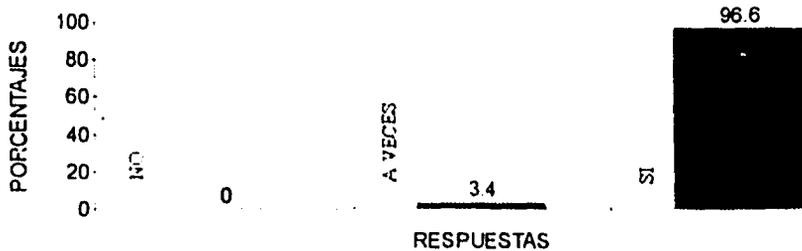
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	4	13.8
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	23	79.3



POS-EVALUACION

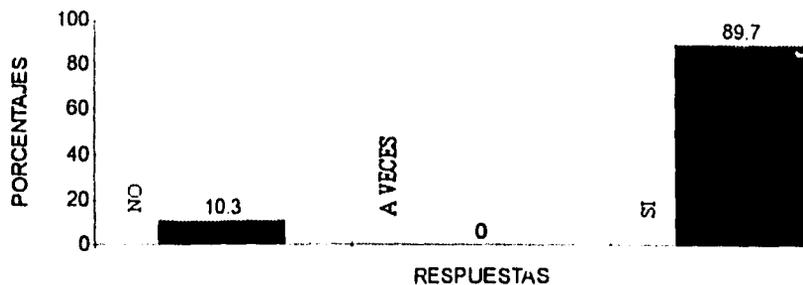
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	28	96.6



¿La trabajadora social le pregunta su próxima cita con la nutrióloga?

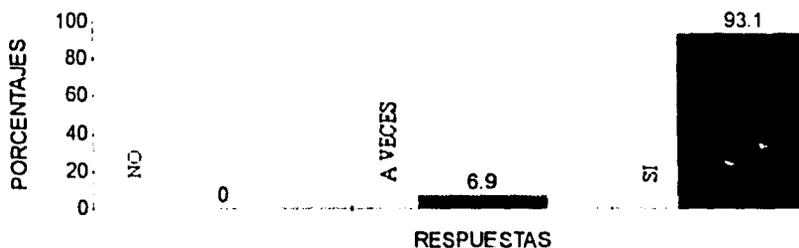
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	26	89.7



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	27	93.1



¿La trabajadora social le dice la importancia de continuar su dieta?

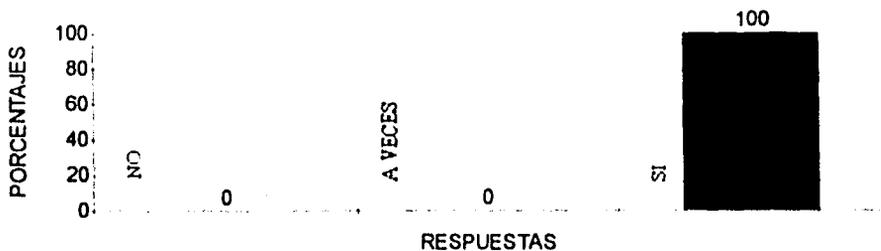
PRI-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	6.9
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	24	82.8



POS-EVALUACION

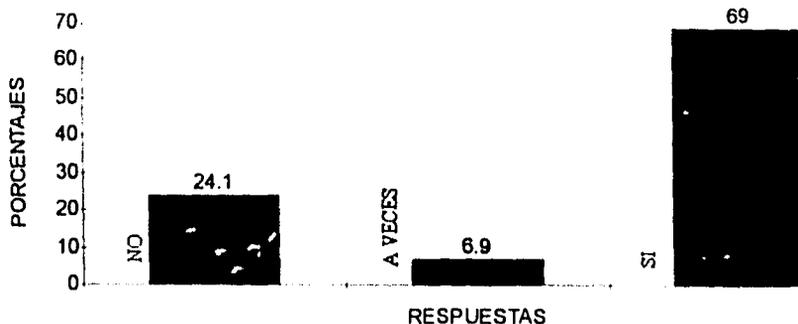
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



¿La trabajadora social le motiva a que siga asistiendo al grupo de autoapoyo?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	7	24.1
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	20	69.0



POS-EVALUACION

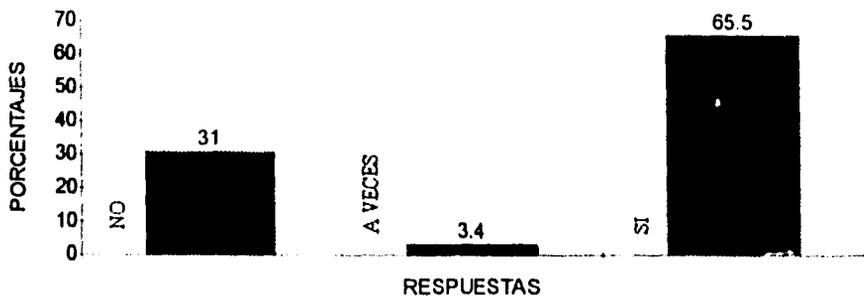
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	28	96.6



¿La trabajadora social le recuerda que debe realizar alguna actividad física?

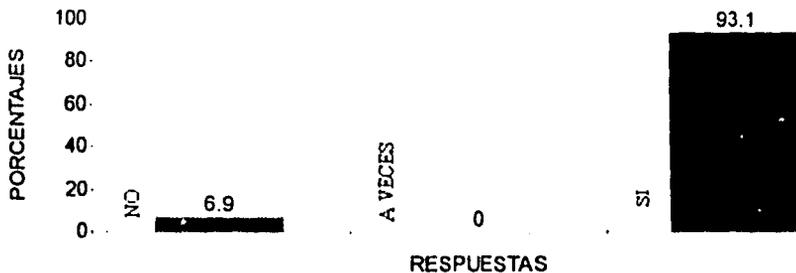
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	9	31.0
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	19	65.5



POS-EVALUACION

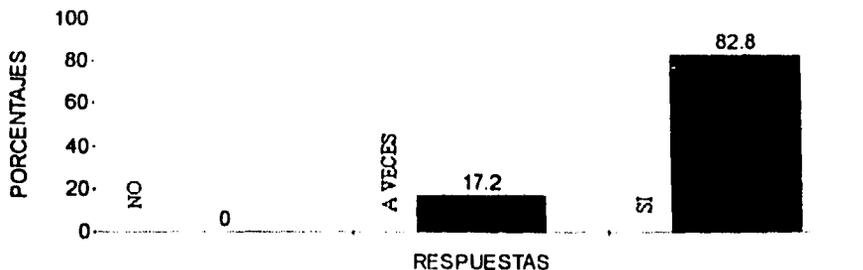
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	6.9
2.- A veces	0	0
3.- Si	27	93.1



¿La trabajadora social le visita en su domicilio en caso necesario?

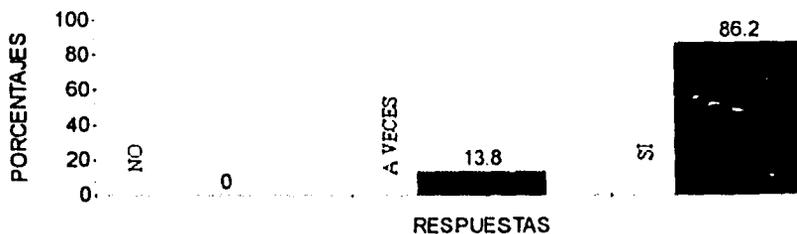
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	5	17.2
3.- Si	24	82.8



POS-EVALUACION

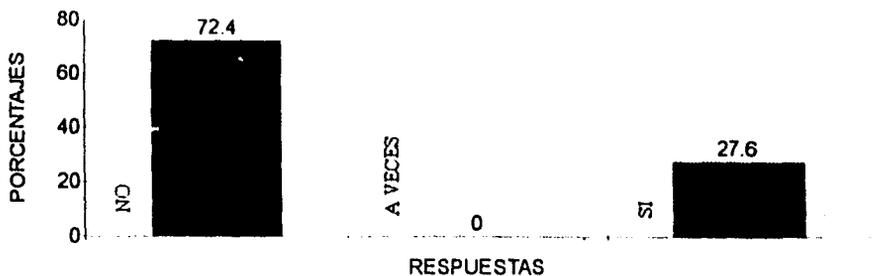
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	4	13.8
3.- Si	25	86.2



¿La trabajadora social le ha entregado folletos?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	72.4
2.- A veces	0	0
3.- Si	8	27.6



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



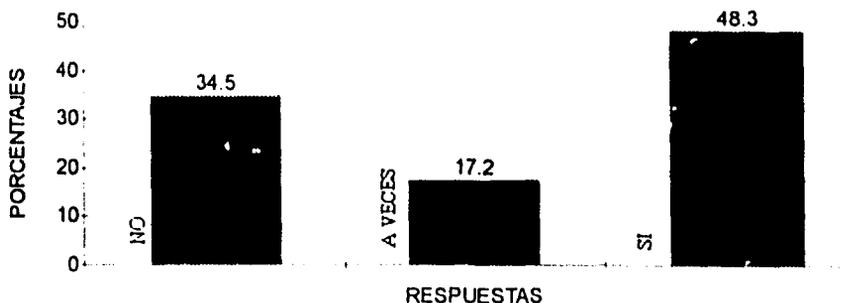
Los folletos los entregaba la enfermera, encargada del programa de diabetes mellitus.

En lo que se refiere a la atención de la trabajadora social se puede observar, en las gráficas, que prevalecen las respuestas afirmativas lo que refleja la participación y compromiso de esta para con los pacientes y, de su interés por el programa. También se puede observar un ligero cambio entre las respuestas antes y después de la aplicación del modelo.

¿Le acompaña algún familiar a sus consultas?

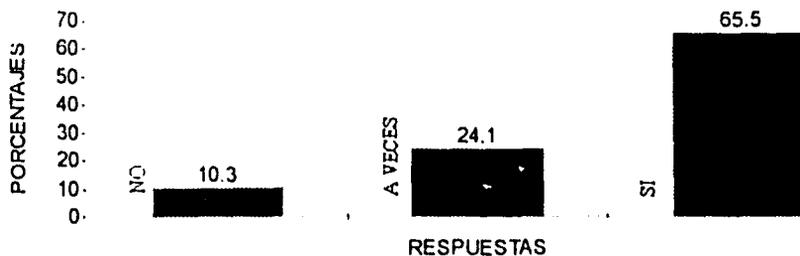
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	34.5
2.- A veces	5	17.2
3.- Si	14	48.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	7	24.1
3.- Si	19	65.5

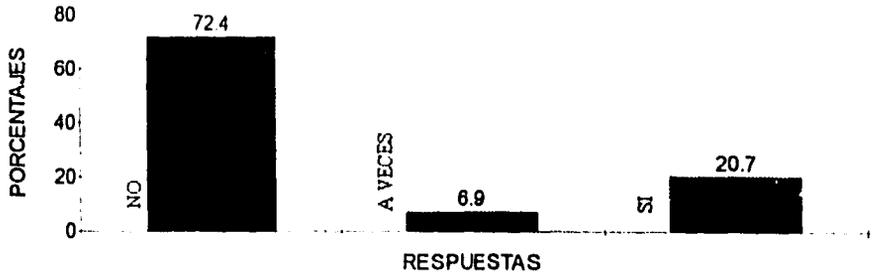


En la gráfica se observa un cambio de actitudes por parte de los familiares de algunos pacientes. La gráfica que corresponde a la respuesta de poscuestionario, nos representa que un 65.5% acude acompañado de algún familiar a su consulta. Algunos afirman que no los pueden acompañar por cuestiones de trabajo o por que tienen que cuidar a sus hijos.

¿Sus familiares le ayudan a llevar bien su dieta?

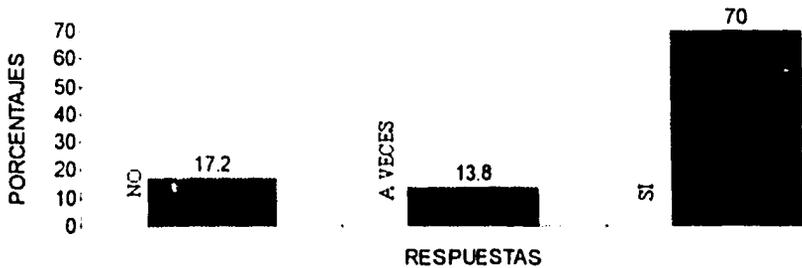
PRI-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	72.4
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	6	20.7



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	5	17.2
2.- A veces	4	13.8
3.- Si	20	70



¿Sus familiares recuerdan como y cuando debe ingerir sus medicamentos?

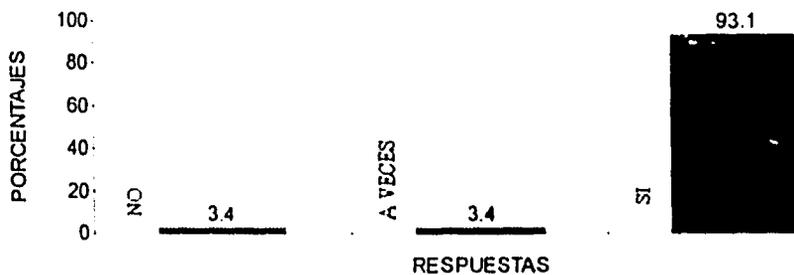
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	72.4
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	6	20.7



POS-EVALUACION

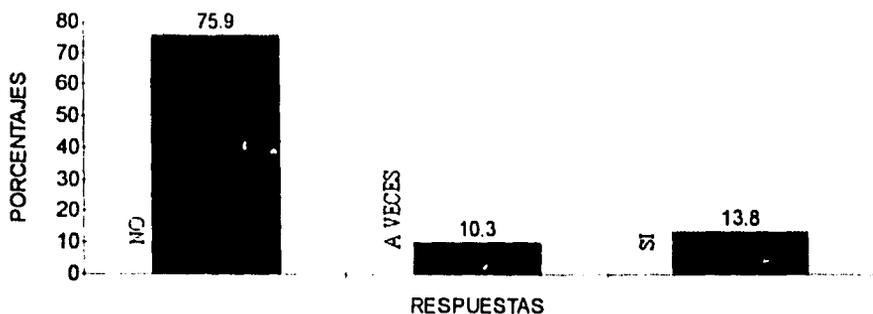
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	1	3.4
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	27	93.1



¿Sus familiares recuerdan que debe hacer ejercicio?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	22	75.9
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	4	13.8



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	7	24.1
2.- A veces	0	0
3.- Si	22	75.9



¿Sus familiares le preguntan el nivel de su glucosa?

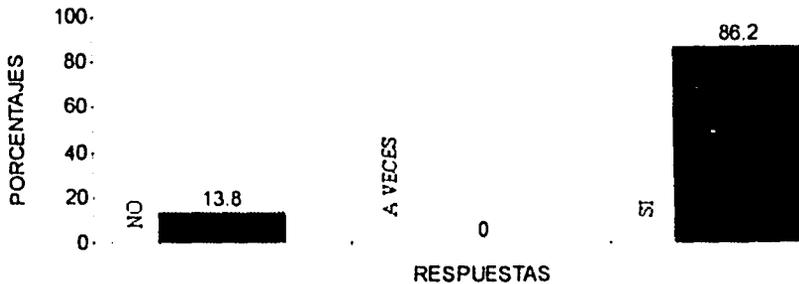
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	24	82.8
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	3	10.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	4	13.8
2.- A veces	0	0
3.- Si	25	86.2

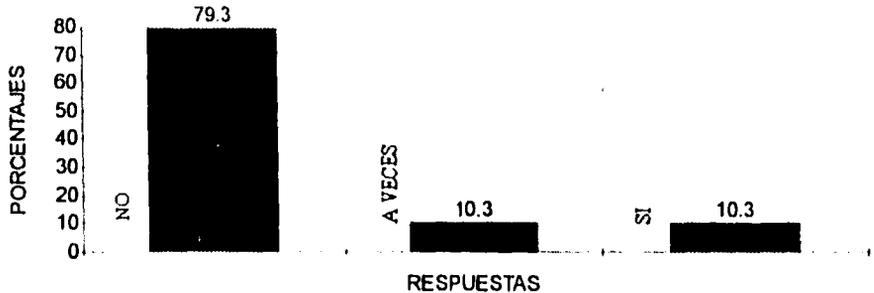


TESIS CON
FALLA LE OR:GEN

¿Sus familiares están al pendiente de sus citas medicas?

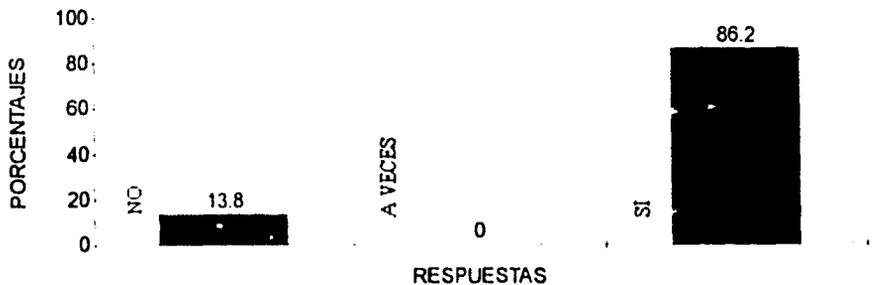
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	23	79.3
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	3	10.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	4	13.8
2.- A veces	0	0
3.- Si	25	86.2



En las diez gráficas anteriores se puede se puede observar un importante cambio de actitudes en cuanto al interés del estado de salud de su familiar, lo que refleja que mejoro el interés de los integrantes de la familia hacia el paciente diabético.

¿Sus familiares le proporcionan ayuda económica?

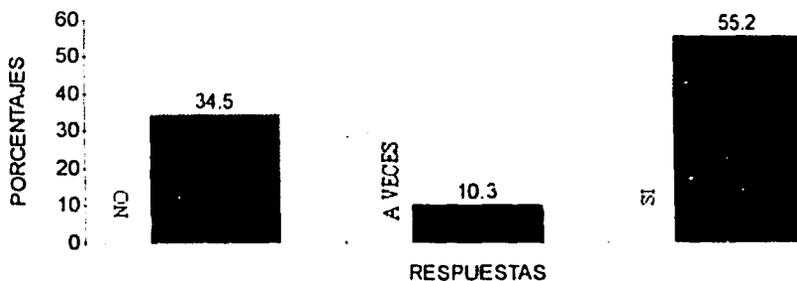
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	12	41.4
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	14	48.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	34.5
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	16	55.2



En cuanto a estas gráficas se puede ver que solo dos personas cambiaron de su respuesta negativa a una positiva y que actualmente a poco mas de la mitad se les proporciona ayuda económica. Es importante mencionar que de las personas que no reciben apoyo económico algunas de ellas se dedican al hogar y sus familiares solo les proporcionan comida y donde dormir y algunas veces lo de su consulta. Algunos de los médicos del

centro de salud les proporcionan consulta gratuita (el costo de la consulta es de nueve pesos) y personal de salud (en su mayoría enfermeras) juntan entre ellos dinero y se lo entregan al paciente.

¿Considera importante tomar sus medicamentos?

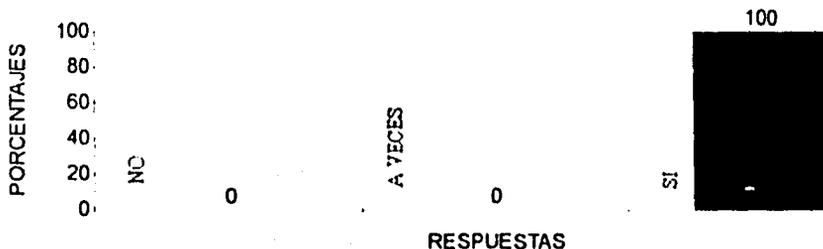
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	6	20.7
3.- Si	23	79.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



¿Toma sus medicamentos a sus horas?

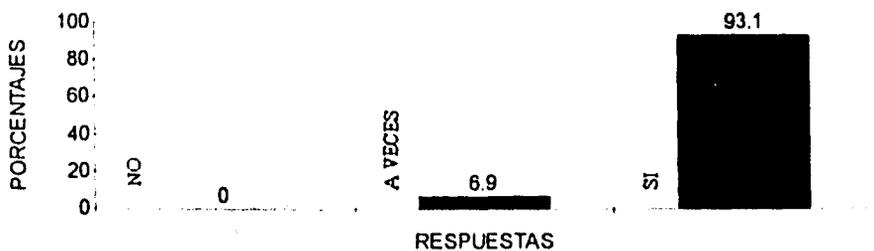
PRF-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	7	24.1
2.- A veces	1	3.4
3.- Si	21	72.4



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	27	93.1

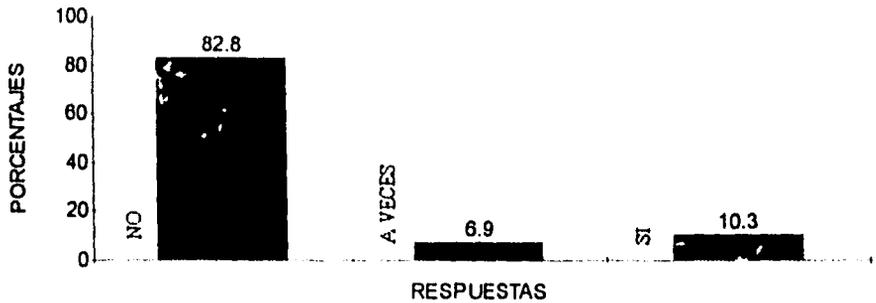


En estas gráficas se puede observar que algunas personas le restaban importancia a la toma de medicamentos.

¿Se le olvida tomar sus medicinas?

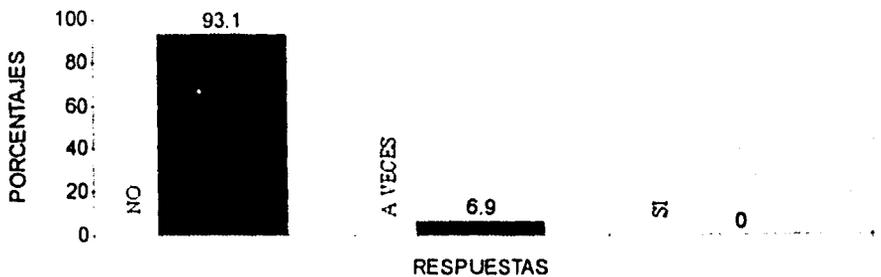
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	24	82.8
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	3	10.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	27	93.1
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	0	0

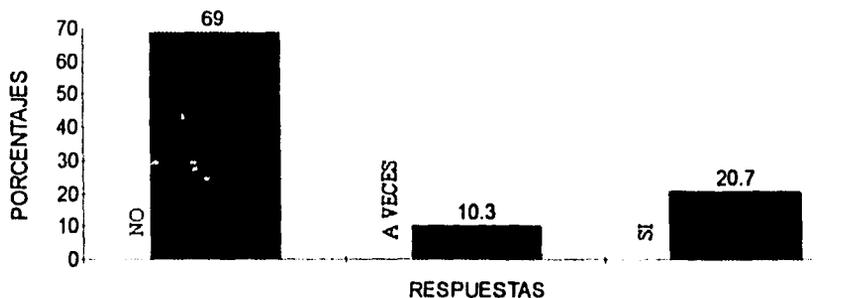


En las cuatro gráficas anteriores se puede observar que algunos pacientes no toman adecuadamente sus medicamentos, también se nota que algunos de ellos presentaron un cambio de actitud en cuanto a la toma de estos.

¿Le ha sido difícil contar con sus medicamentos?

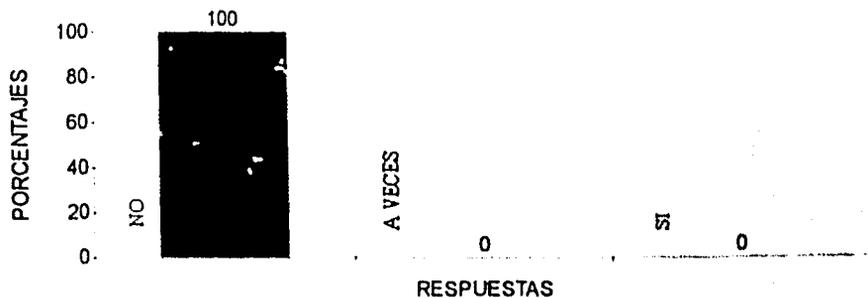
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	20	69
2.- A veces	3	10.3
3.- Si	6	20.7



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	29	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0

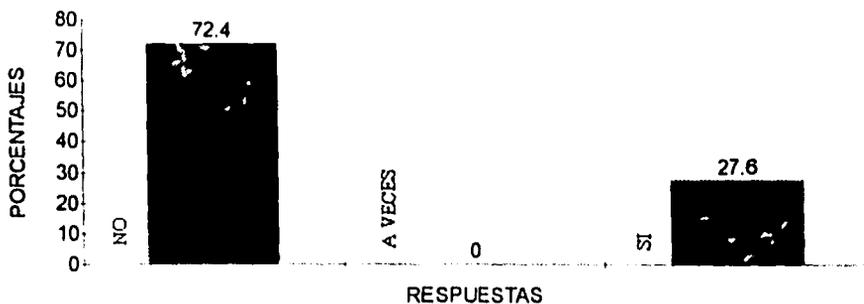


En estas gráficas se observa que no a todos los pacientes se les facilitaba la adquisición de sus medicamentos.

¿Usted cree que seguir bien su dieta le ayuda a bajar el azúcar en su sangre?

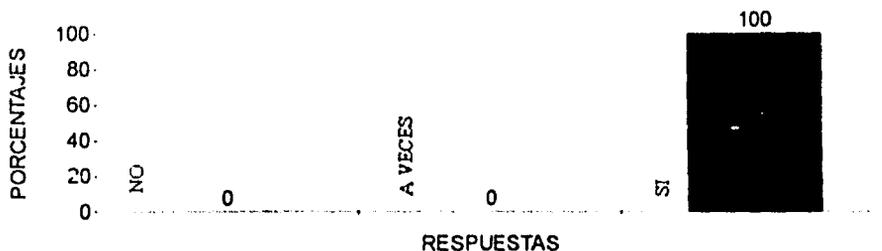
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	72.4
2.- A veces	0	0
3.- Si	8	27.6



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



¿Sigue bien su dieta?

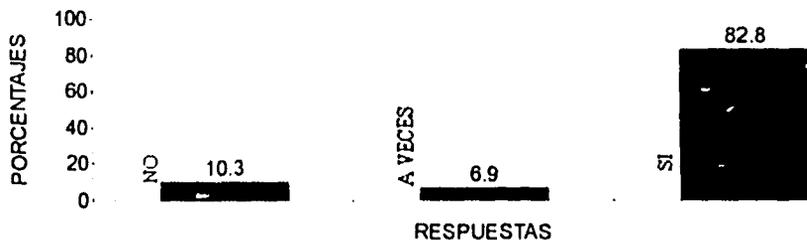
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	22	75.9
2.- A veces	4	13.8
3.- Si	3	10.3



POS-EVALUACION

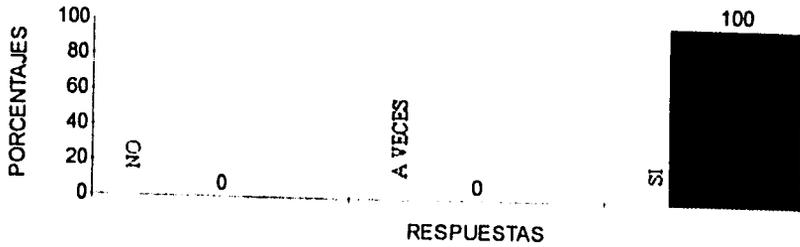
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	10.3
2.- A veces	2	6.9
3.- Si	24	82.8



En las cuatro gráficas anteriores se observa una marcada diferencia en las respuestas dadas a esta pregunta en relación al pre y poscuestionario.

¿Cree que es importante seguir su dieta?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



Las respuestas en el pre y poscuestionario fueron las mismas.

¿Cree que es importante asistir a sus citas con su medico?

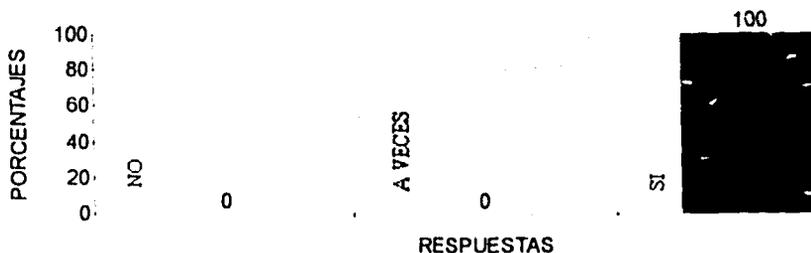
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	34.5
2.- A veces	7	24.1
3.- Si	12	41.4



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	29	100



En estas gráficas se puede observar que no todos los pacientes le daban importancia a sus citas medicas.

¿En que ocasiones acude al medico?

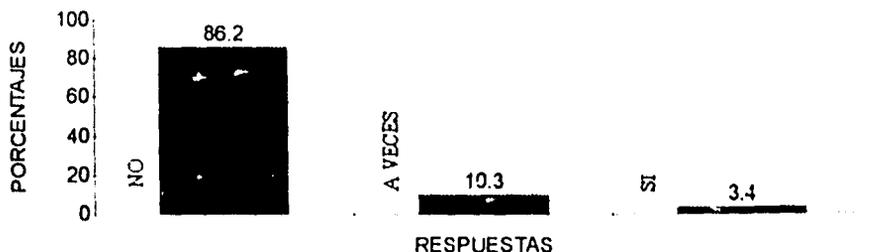
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Cuando tiene cita	2	6.9
2.- Cuando se acuerda	2	6.9
3.- Cuando se siente mal	25	86.2



POS-EVALUACION

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Cuando tiene cita	25	86.2
2.- Cuando se acuerda	3	10.3
3.- Cuando se siente mal	1	3.4



En las gráficas anteriores se puede observar que la mayoría de pacientes solo acudían a consulta cuando se sentían mal. Después de la aplicación del modelo se puede observar que los pacientes están conscientes del cuidado que deben de tener del control de su enfermedad. Lo que se traduciría en lograr actitudes del paciente que coadyuvan a evitar y/o disminuir las complicaciones propias de la enfermedad, evitando gastos innecesarios y logrando una mejor calidad de vida.

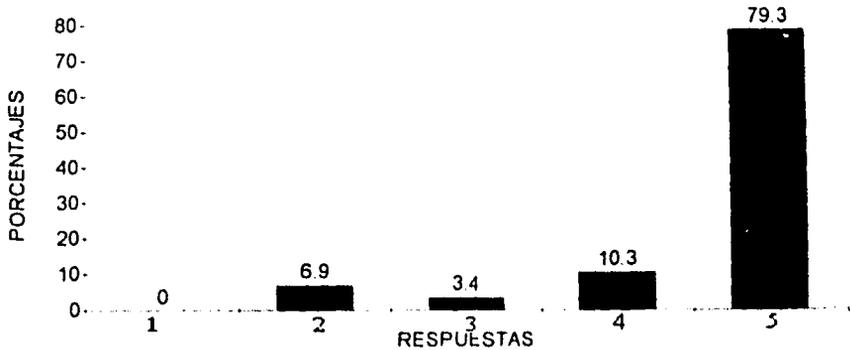
El objetivo del presente cuestionario es evaluar los proyectos del programa de apago al tratamiento terapéutico de pacientes con diabetes mellitus en el centro de salud urbano vergelito.

1.- CAPACITACIÓN PARA LA DIABETES MELLITUS Y SUS IMPLICACIONES.

1.- ¿Qué es la diabetes mellitus?

PRE-EVALUACION

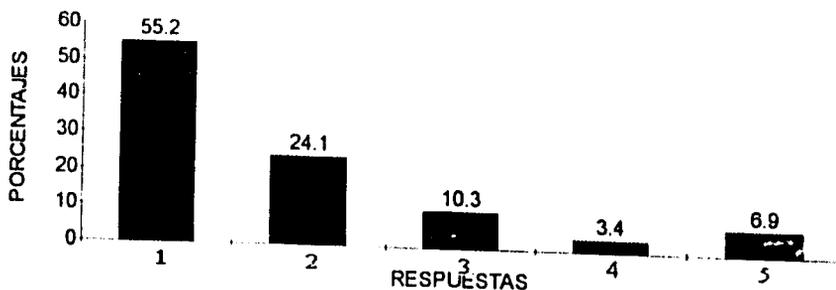
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Una enfermedad en la cual hay azúcar en la sangre por que el páncreas no funciona bien.	0	0
2.- Una enfermedad en la cual se presenta azúcar en la sangre.	2	6.9
3.- El páncreas no funciona bien.	1	3.4
4.- Una enfermedad incurable.	3	10.3
5.- No sé.	23	79.3



POS-EVALUACION

RESPUESTAS

	PIERS.	%
1.- Una enfermedad en la cual hay azúcar en la sangre por que el páncreas no funciona bien.	16	55.2
2.- Una enfermedad en la cual se presenta azúcar en la sangre.	7	24.1
3.- El páncreas no funciona bien.	3	10.3
4.- Una enfermedad incurable.	1	3.4
5.- No sé.	2	6.9



2.- ¿Cuáles son las causas de la diabetes mellitus?

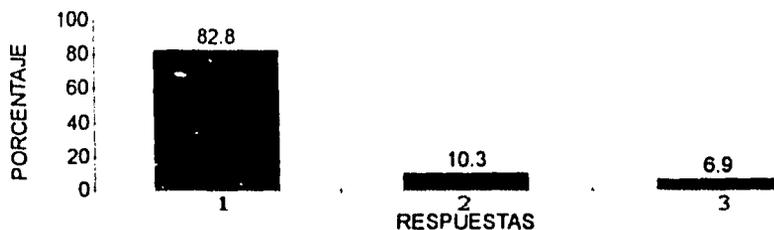
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Obesidad, no hacer ejercicio, se hereda, la tristeza y rencor.	0	0
2.- Corajes y herencia.	3	10.3
3.- Corajes.	26	89.7



POS-EVALUACION

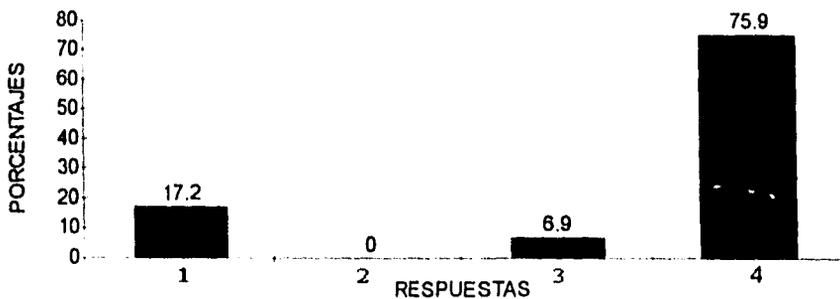
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Obesidad, no hacer ejercicio, se hereda, la tristeza y rencor.	24	82.8
2.- Corajes y herencia.	3	10.3
3.- Corajes.	2	6.9



3.- ¿Cuáles son los síntomas de la diabetes mellitus?

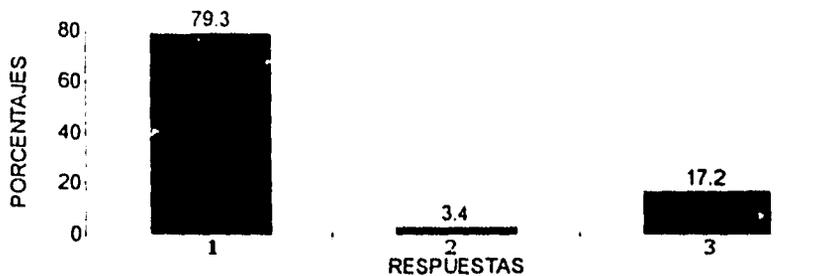
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Mucha sed, ganas de orinar, mucha hambre, baja de peso.	5	17.2
2.- Mucha sed, ganas de orinar, mucha hambre, baja de peso y problemas de la vista.	0	0
3.- Mucha sed, ganas de orinar, mucha hambre, baja de peso y flojera.	2	6.9
4.- Mucha sed y ganas de orinar.	22	75.9



POS-EVALUACION

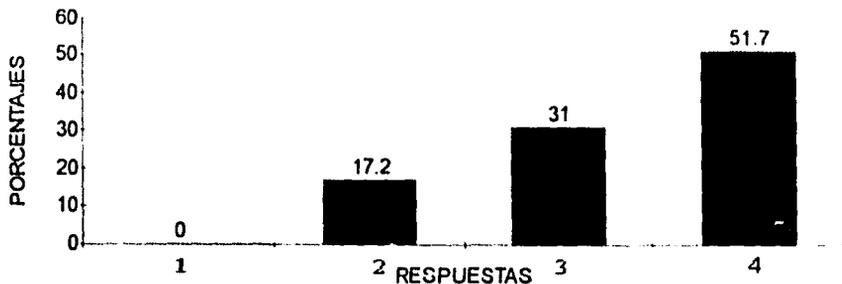
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Mucha sed, ganas de orinar, mucha hambre, baja de peso.	23	79.3
2.- Mucha sed, ganas de orinar, mucha hambre, baja de peso y problemas de la vista.	1	3.4
3.- Mucha sed, ganas de orinar, mucha hambre, baja de peso y flojera.	5	17.2



4.- ¿Cómo se controla la diabetes mellitus?

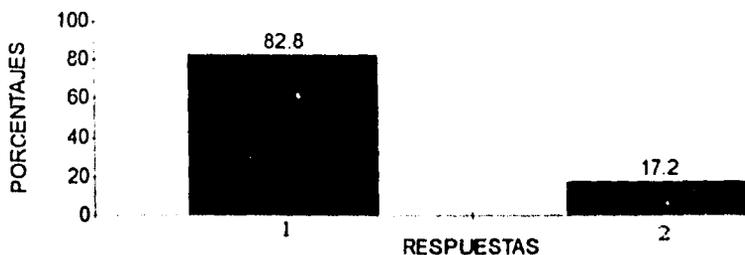
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Dieta, control médico y ejercicio.	0	0
2.- Dieta y tomando medicamentos.	5	17.2
3.- Con té	9	31.0
4.- Con medicamentos	15	51.7



POS-EVALUACION

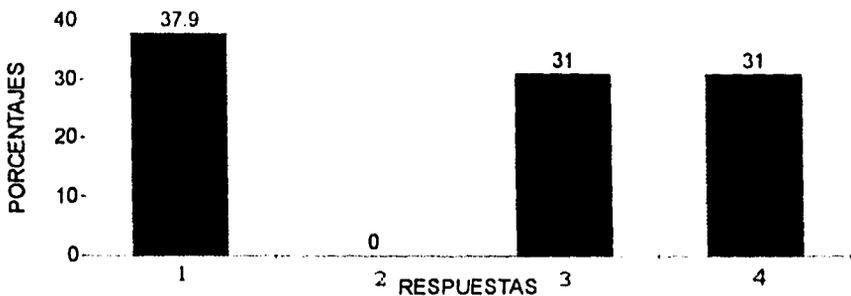
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Dieta, control médico y ejercicio.	24	82.8
2.- Dieta y tomando medicamentos.	5	17.2



5.- ¿Cuáles son los daños de la diabetes mellitus mal controlada?

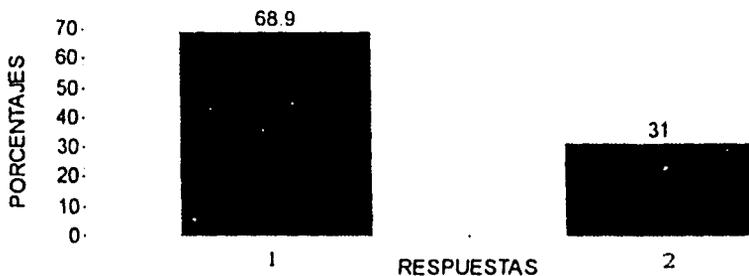
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1. Daño a los ojos, a los riñones y a los pies.	11	37.9
2.- Daño a los ojos, los riñones, los pies y coma diabético.	0	0
3.- Daño a pies y ojos.	9	31.0
4.- No se.	9	31.0



POS-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1. Daño a los ojos, a los riñones y a los pies.	20	68.9
2.- Daño a los ojos, los riñones, los pies y coma diabético.	9	31.0

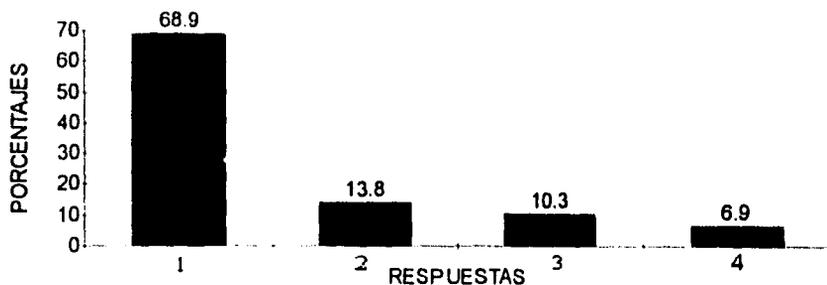


En las diez gráficas anteriores se observa que existía una falta de conocimiento en los pacientes, acerca de la diabetes mellitus.

II.- FORMACIÓN DEL GRUPO DE APOYO COMO HERRAMIENATA TERAPÉUTICA.

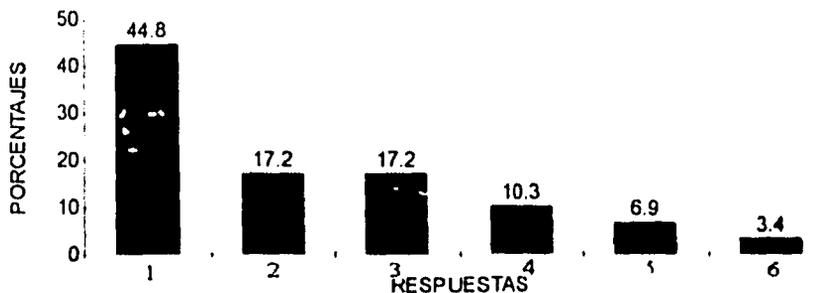
1.- ¿Cómo se siente en el club del paciente diabético?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Bien	20	68.9
2.- No he asistido.	4	13.8
3.- Bien, pero no puedo asistir	3	10.3
4.- No he podido asistir.	2	6.9



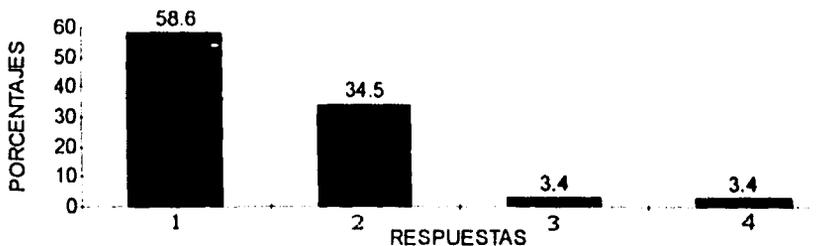
2.- ¿Qué ha aprendido en el club?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- A convivir y cuidarme.	13	44.8
2.- A compartir experiencias	5	17.2
3.- A cuidarme.	5	17.2
4.- A conocer a otras personas.	3	10.3
5.- A no sentirme solo.	2	6.9
6.- A convivir.	1	3.4



3.- ¿Qué ha aportado a los integrantes del club?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Mi apoyo.	17	58.6
2.- Mi compañía.	10	34.5
3.- Mis experiencias y apoyo.	1	3.4
4.- Una receta de soya.	1	3.4

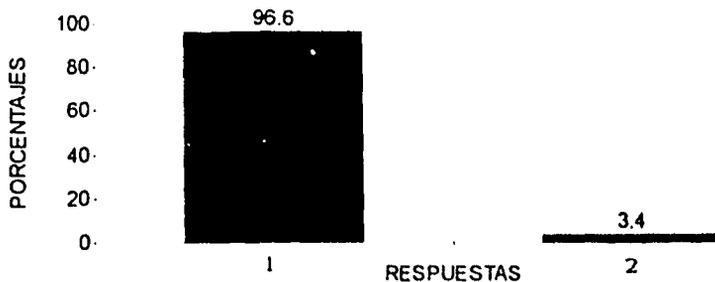


Al club de diabetes solo asistían esporádicamente cinco pacientes de los comprendidos en el grupo experimental.

III.-ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO.

1. - ¿El medico le da consulta cuando usted tiene cita?

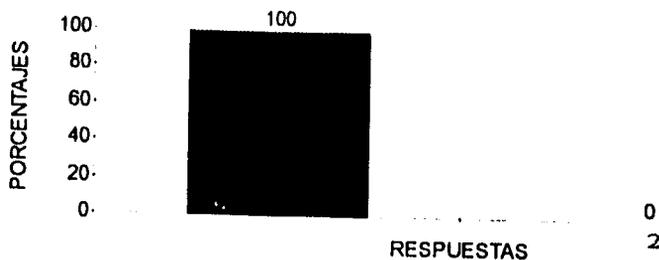
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si	28	96.6
2.- Cuando falta el medico me cambian mi cita.	1	3.4



Las respuestas a esta pregunta en ambos cuestionarios fue la misma.

2.- ¿La nutrióloga le proporciona su hoja de dieta cuando acude a consulta con ella?

	RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si		29	100

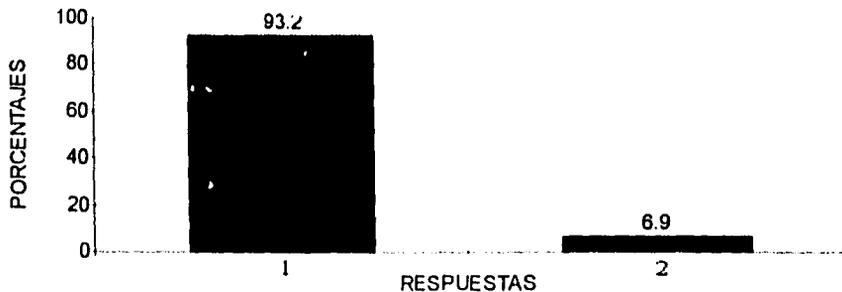


En cuanto al precuestionario, solo cinco pacientes habían acudido a consulta con la nutrióloga hasta antes de la aplicación del modelo.

3.- ¿La enfermera le atiende eficaz y eficientemente?

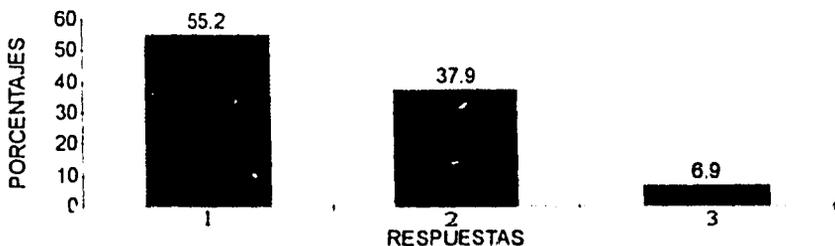
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si	27	93.2
2.- No	2	6.9



POS-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si, me toma mi presión y pregunta de mi próxima cita con el médico.	16	55.2
2.- Si	11	37.9
3.- Si cuando le digo que me siento mal y que no he podido hacerme estudios o que voy a pasar a dental me toma destroxis y la presión.	2	6.9



4.-¿La trabajadora social le da orientación e información cuando la solicita?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si.	26	89.7
2.- No.	3	10.3



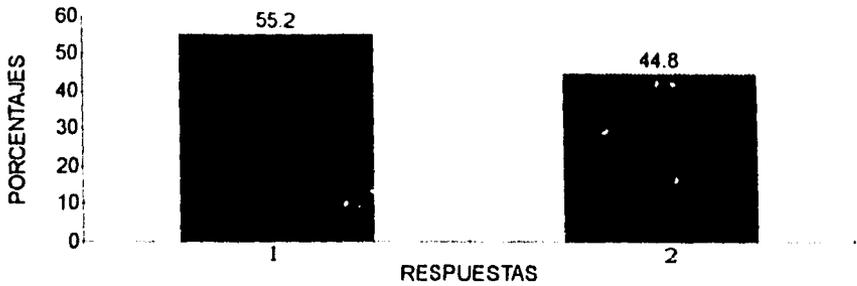
PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si.	19	65.5
2.-Si, aunque no sea sobre mi enfermedad.	10	34.5

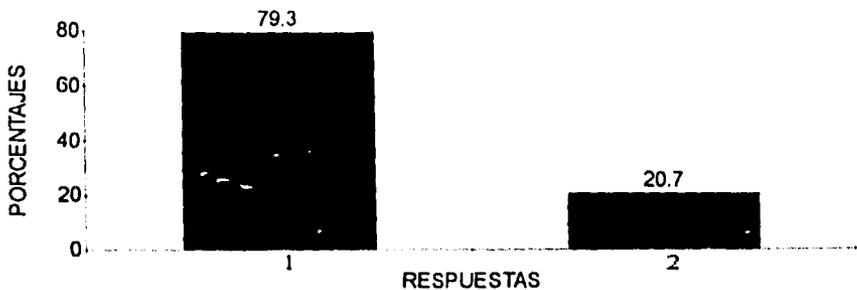


5.- ¿Considera que es necesario la atención de cada una de las personas antes mencionadas?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si.	16	55.2
2.- No.	13	44.8



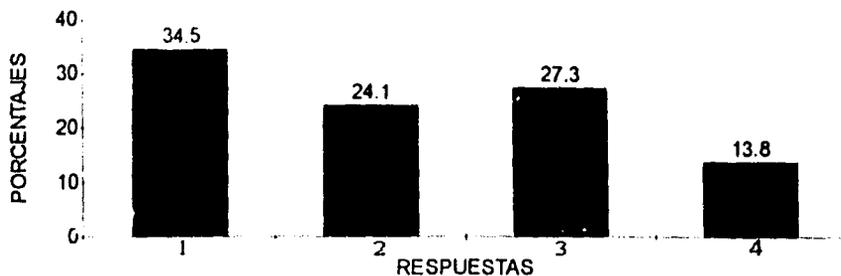
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si.	23	79.3
2.- Si, porque cada uno sabe su trabajo.	6	20.7



6.-¿Se siente a gusto con el trato que le da cada una de las personas que le atienden en el centro de salud?

PRE-EVALUACION

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si.	10	34.5
2.- Si, menos con la recepcionista.	7	24.1
3.- Si excepto con la doctora.	8	27.6
4.- Si menos con la pasante de enfermería.	4	13.8



POS-EVALUACION

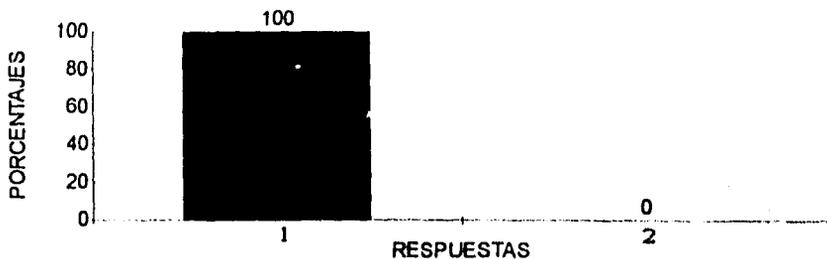
RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Si.	18	62.1
2.- Si, menos con la recepcionista.	5	17.2
3.- Si excepto con la doctora.	3	10.3
4.- Si menos con la pasante de enfermería.	3	10.3



IV.-MATERIAL DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN,

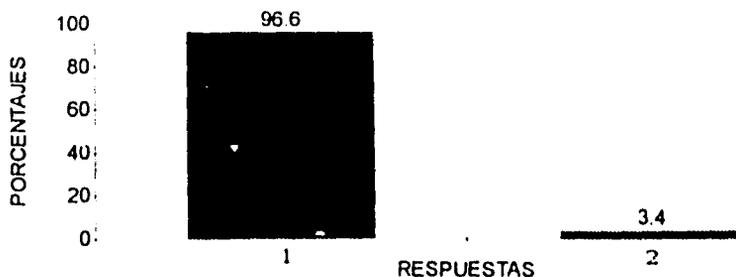
1.- ¿El personal de salud le proporciona material por escrito?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Sí.	29	100



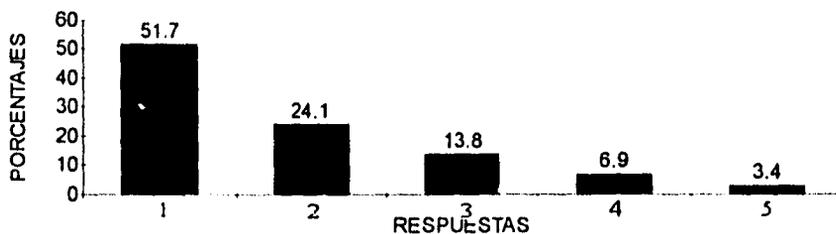
2.- ¿Lee usted ese material?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Sí.	28	96.6
2.- Me lo lee mi nieto.	1	3.4



3.- ¿Para que le ha servido ese material?

RESPUESTAS	PERS.	%
1.- Para que yo y mi familia sepamos de mi enfermedad.	15	51.7
2.- Para que yo este informada de cómo debo cuidarme.	7	24.1
3.- Para tareas que dejan en la escuela.	4	13.8
4.- Para que yo sepa de mi enfermedad y las tareas de la escuela.	2	6.9
5.- Para que mi familia tenga información de la diabetes.	1	3.4

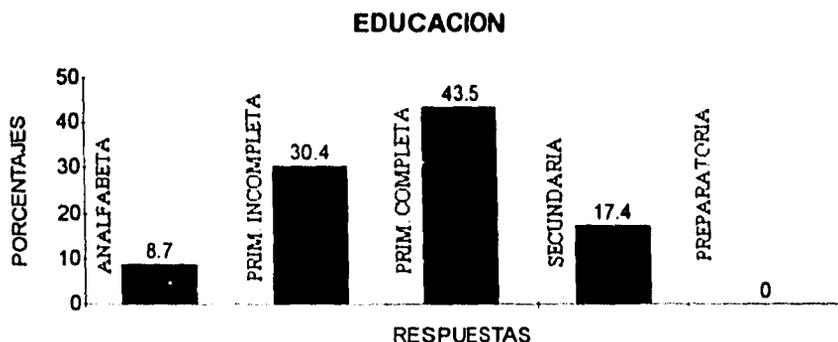


Las tres respuestas anteriores son las mismas en el pre y poscuestionario.

PRESENTACION DE RESULTADOS DEL GRUPO CONTROL.

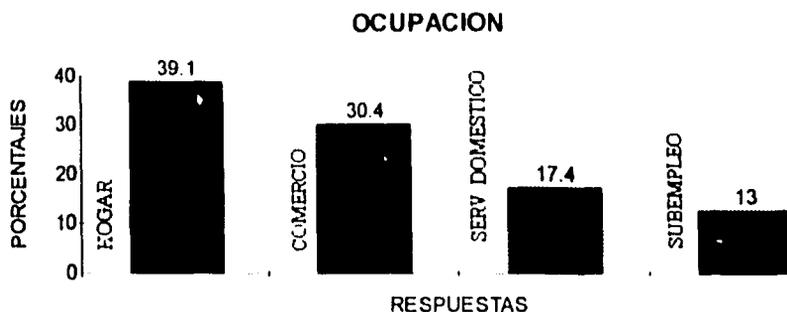
Las siguientes gráficas muestran los datos obtenidos en el grupo control (cinco pacientes cambiaron de domicilio).

ESCOLARIDAD:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Analfabeta	2	8.7
2.- Primaria incompleta	7	30.4
3.- Primaria completa	10	43.5
4.- Secundaria incompleta	4	17.4
5.- Preparatoria	0	0.0



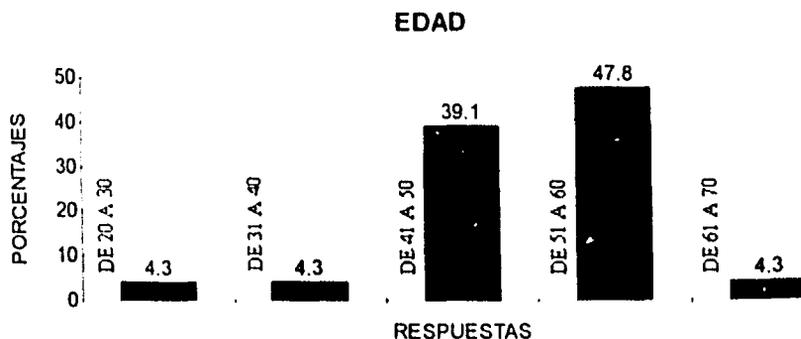
Con respecto a la escolaridad el estudio diagnóstico, refleja un considerable número de personas analfabetas (12.3%). Para el grupo experimental se invitó a personas que estuvieran acudiendo al servicio médico y el grupo control se formó obteniendo los datos del expediente clínico. En las gráficas no se refleja el índice real de las personas que padecen diabetes y que son analfabetas, lo que pudiera decirse que tal vez influye el analfabetismo en el apego al tratamiento terapéutico. En la gráfica se puede observar que predomina la primaria completa.

OCUPACION:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Hogar	9	39.1
2.- Comercio	7	30.4
3.- Serv. Domestico	4	17.4
4.- Subempleo	3	13.0



En esta gráfica se puede ver que en su mayoría se dedican al hogar y que todos los pacientes realizan alguna actividad, al igual que el grupo experimental.

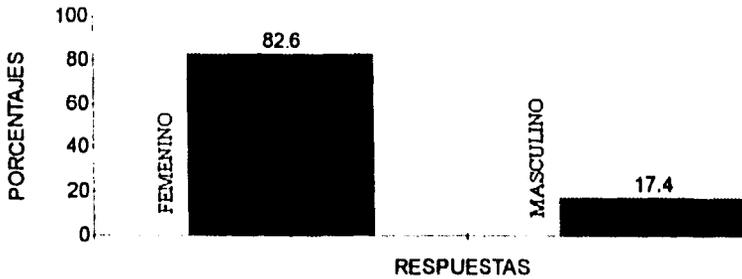
EDAD:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- De 20 a 30	1	4.3
2.- De 31 a 40	1	4.3
3.- De 41 a 50	9	39.1
4.- De 51 a 60	11	47.8
5.- De 61 a 70	1	4.3



En la gráfica se puede observar que la mayoría de pacientes se encuentran entre 41 y 60 años de edad, al igual que el grupo experimental.

SEXO:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Femenino	19	82.6
2.- Masculino	4	17.4

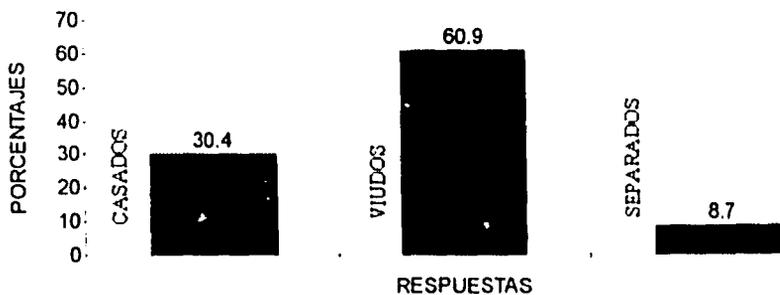
SEXO



En esta gráfica se puede distinguir que la enfermedad se presenta mas en mujeres, en lo que respecta al grupo control, al igual que en el grupo experimental.

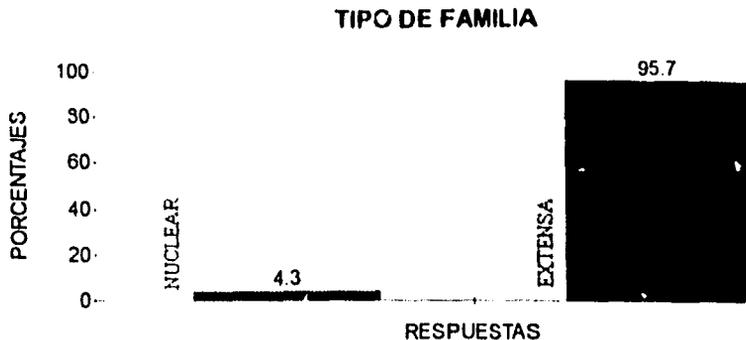
ESTADO CIVIL:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Casados	7	30.4
2.- Viudos	14	60.9
3.- Separados	2	8.7

ESTADO CIVIL



En esta gráfica se puede observar que prevalecen las personas que viven sin pareja. Al igual que en grupo experimental.

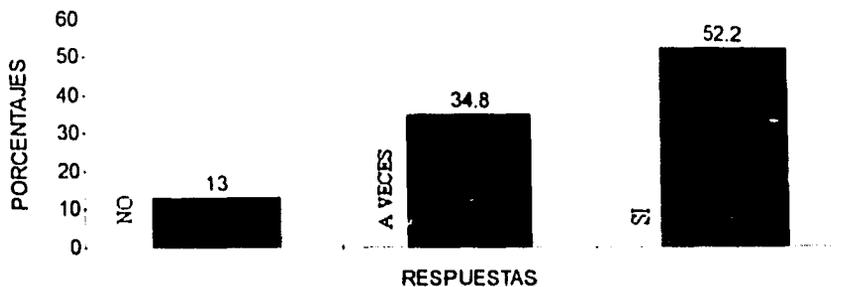
TIPO DE FAMILIA:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Nuclear	1	4.3
2.- Extensa	22	95.7



Se puede observar que los pacientes viven mas dentro de una familia extensa ocupando un 82.8%. Al igual que en el grupo experimental.

¿El medico es amable con usted?

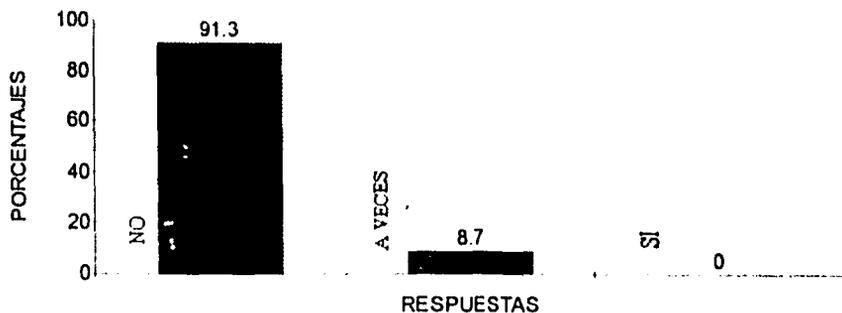
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	13.0
2.- A veces	8	34.8
3.- Si	12	52.2



En esta gráfica se puede observar que la mayoría de pacientes manifiestan la amabilidad del medico. Igual que en la preevaluación del grupo experimental.

¿Cuándo acude a consulta, el médico le informa sobre su nivel de glucosa?

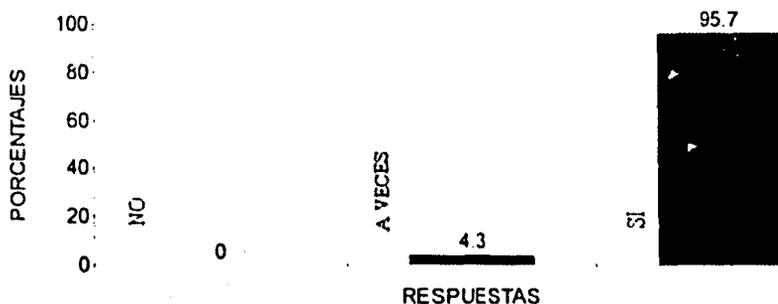
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	91.3
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	0	0



Se puede observar en las gráficas que la mayoría de pacientes manifiesta que el médico le informa sobre su nivel de glucosa. En algunas el médico se limita a decir que esta alta o bien de acuerdo a los resultados del estudio. Igual que en la preevaluación del grupo experimental.

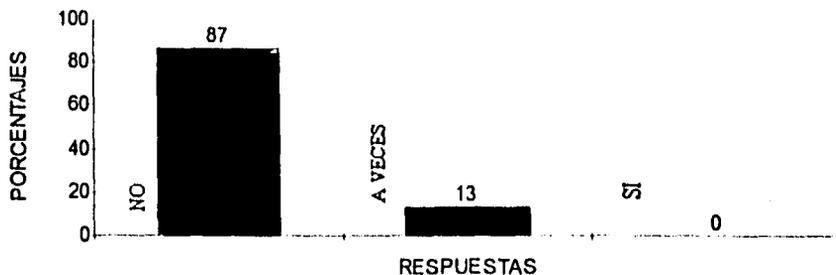
¿El médico le pregunta su presión arterial?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	22	95.7



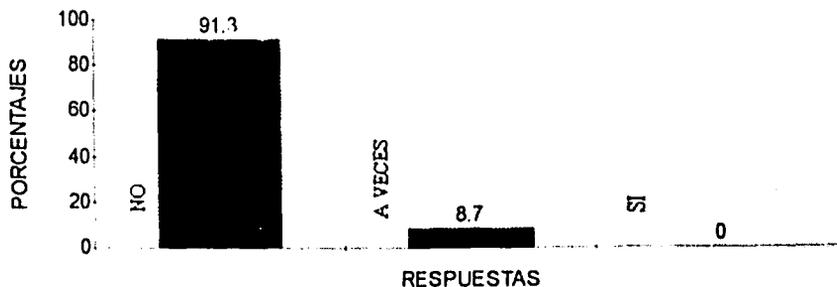
¿El médico le examina los ojos?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	20	87.0
2.- A veces	3	13
3.- Si	0	0



¿El médico le pregunta si tiene alguna dificultad para ver?

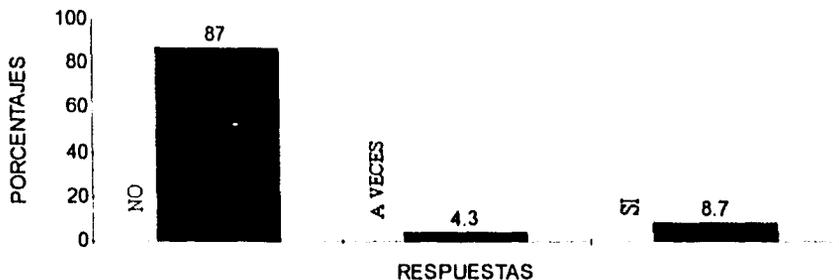
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	91.3
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	0	0



En la respuesta obtenida de estas preguntas se puede ver que el médico no le está dando importancia al daño que pudiera estarse dando a nivel del ojo. Al igual que en el cuestionario del grupo experimental.

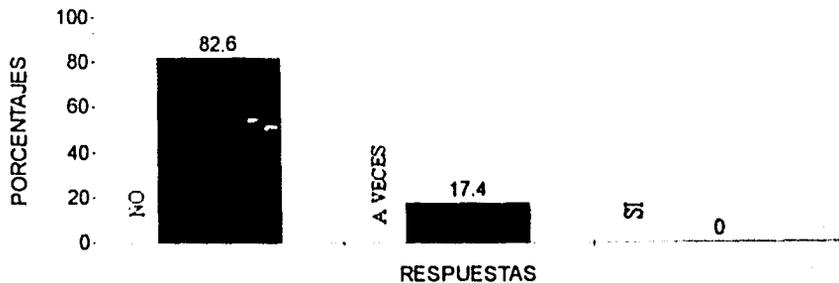
¿El médico le checa sus reflejos?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	20	87.0
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	2	8.7



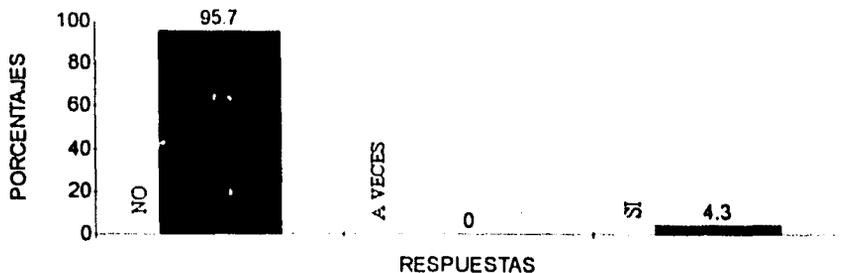
¿El médico le explora sus pies?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	19	82.6
2.- A veces	4	17.4
3.- Si	0	0



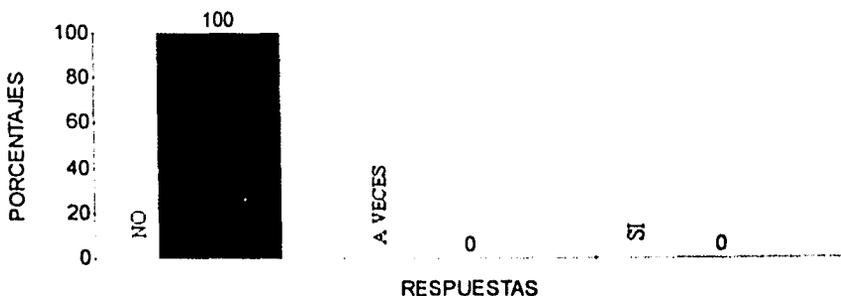
¿El médico le pregunta si a presentado dolor en piernas y/o pies?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	22	95.7
2.- A veces	0	0
3.- Si	1	4.3



¿El médico le pregunta si padece diarrea sin causa o estreñimiento pertinaz?

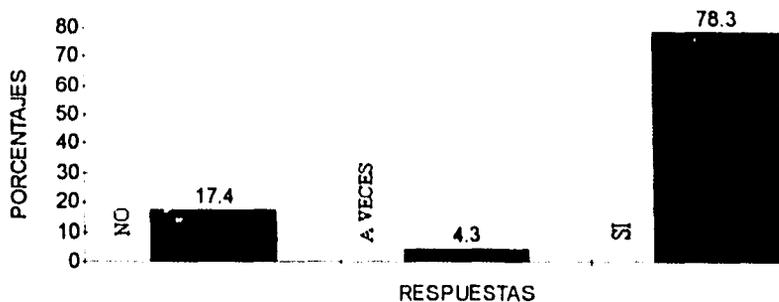
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	23	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



En las cuatro preguntas anteriores se puede observar que no esta viendo si pudiera existir en los pacientes algún sintoma que indique posibles alteraciones como son daño a los nervios sensitivos y motores voluntarios (neuropatía diabética) o visceral (neuropatía autonómica). Al igual que en el cuestionario del grupo experimental.

¿El médico hace notas en el expediente clínico?

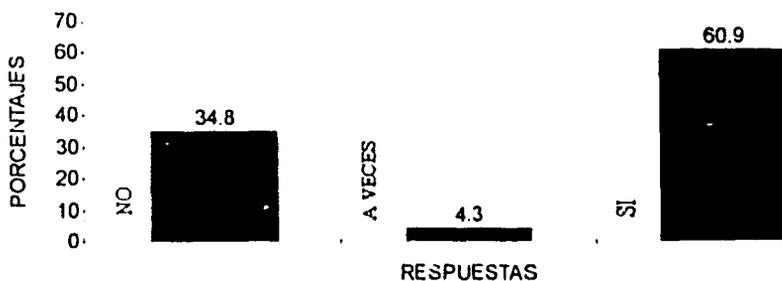
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	4	17.4
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	18	78.3



Es importante mencionar que es una disposición normativa que el médico haga notas en todos los expedientes clínicos. Aunque en este grupo se manifiesta que no siempre se hacen estas notas.

¿El médico le pregunta si acude con la nutrióloga?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	8	34.8
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	14	60.9



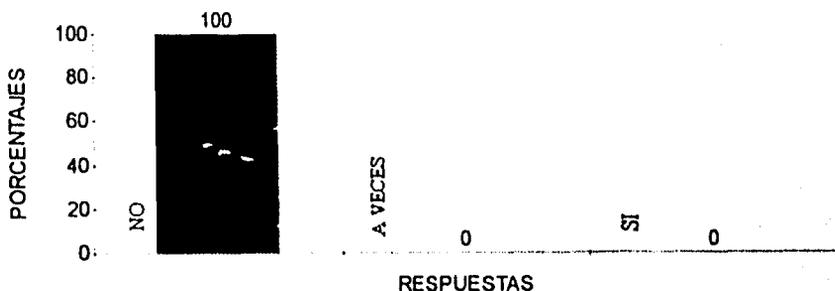
¿El médico le sugiere que haga o siga realizando alguna actividad física?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	22	95,7
2.- A veces	0	0
3.- Si	1	4,3



¿El médico si pertenece al club del diabético?

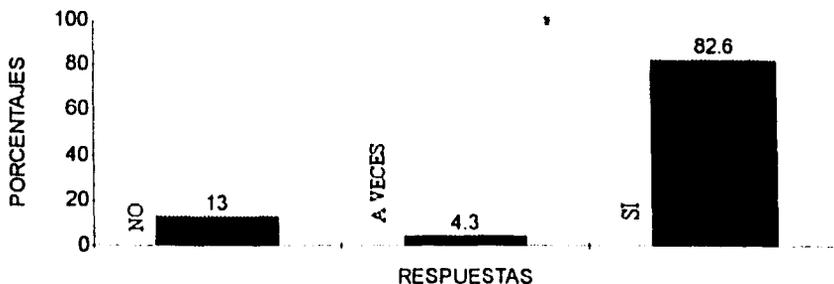
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	23	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



En las tres preguntas anteriores se puede observar que el médico no le daba importancia a un tratamiento integral del paciente diabético y a partir de la aplicación del modelo se dio un cambio de actividades. Al igual que en el precuestionario.

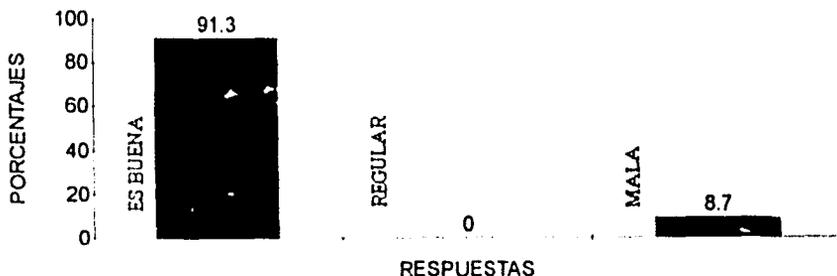
¿El médico le indica su próxima cita?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	13.0
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	19	82.6



¿Qué de la atención que recibe por parte del medico?

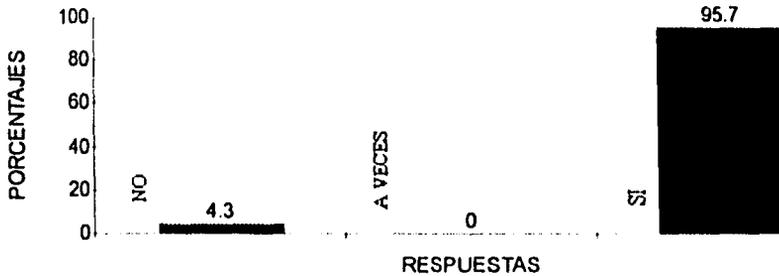
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Es buena	21	91.3
2.- Regular	0	0
3.- Mala	2	8.7



En esta gráfica se puede observar que la mayoría de pacientes se sienten satisfechos con la atención médica. Existiendo una leve diferencia entre la respuesta anterior y posterior a la aplicación del modelo.

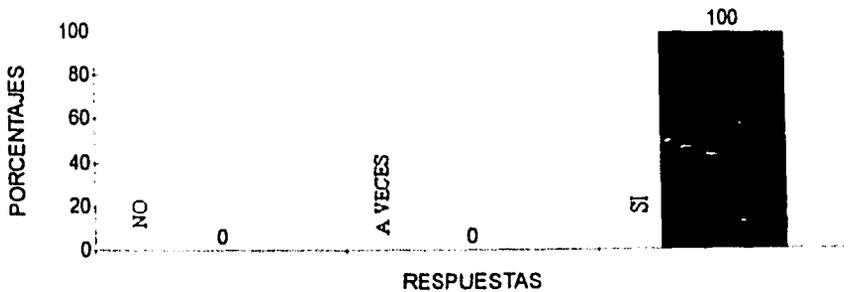
¿La enfermera le toma su presión arterial?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	1	4.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	22	95.7



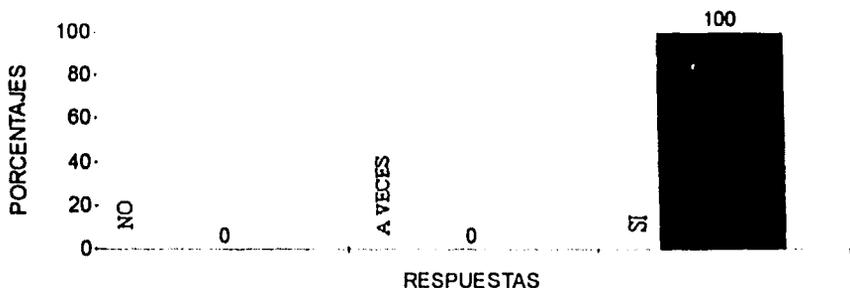
¿La enfermera anota en su tarjeta de control su nivel de glucosa?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	23	100



¿La enfermera chequea si asistió a su última cita?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	23	100



¿La enfermera revisa si esta anotada en su carnet su próxima cita?

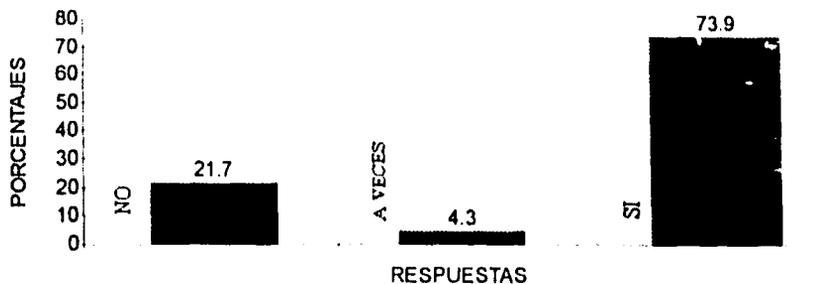
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	8.7
2.- A veces	0	0
3.- Si	21	91.3



En estas gráficas se observa que la enfermera revisa regularmente el carnet del paciente.

¿La enfermera le realiza su destroxis en caso necesario?

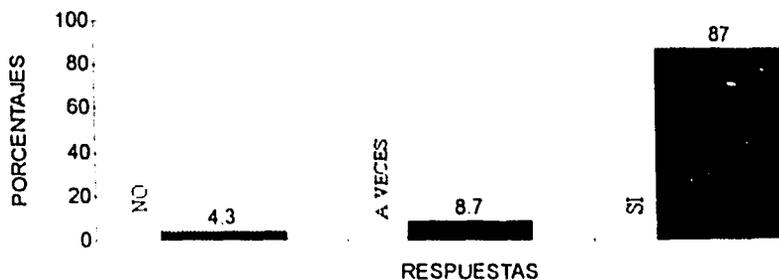
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	5	21.7
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	17	73.9



En estas gráficas se observa el cambio de actitud por parte de la enfermera en cuanto a la realización del destroxis.

¿La enfermera le trata en forma amigable y cortes?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	1	4.3
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	20	87.0



En los datos obtenidos en cuanto a la relación enfermera-paciente sobre todo en el pos, se puede observar en las gráficas que existe una marcada prevalencia en las respuestas positivas. Existe una sola enfermera encargada del programa de diabetes mellitus, ella solo lleva este y el programa de hipertensión arterial.

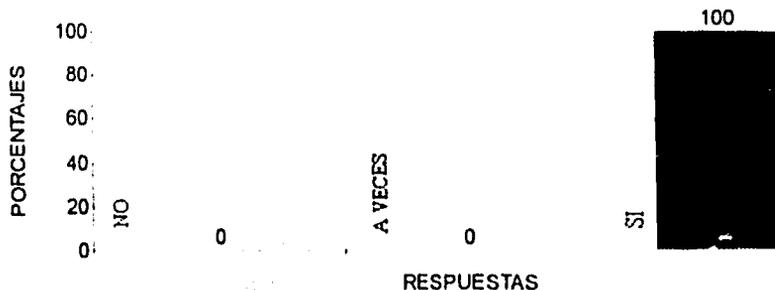
¿La recepcionista le atiende amablemente?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	12	52.2
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	10	43.5



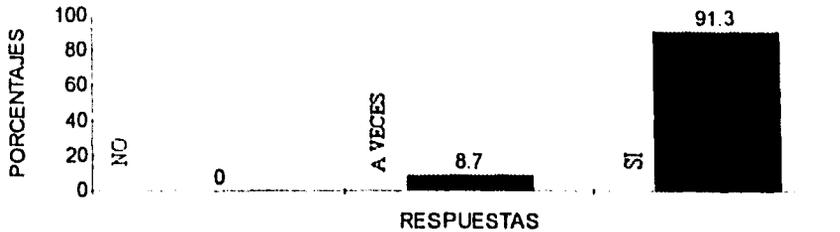
¿La recepcionista le explica el procedimiento a seguir para recibir la atención medica?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	23	100



¿La recepcionista le indica en que consultorio le atenderán?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	21	91.3



¿La recepcionista le registra su próxima cita?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	3	13.0
2.- A veces	0	0
3.- Si	20	87.0



¿La recepcionista le atiende cortes y respetuosamente?

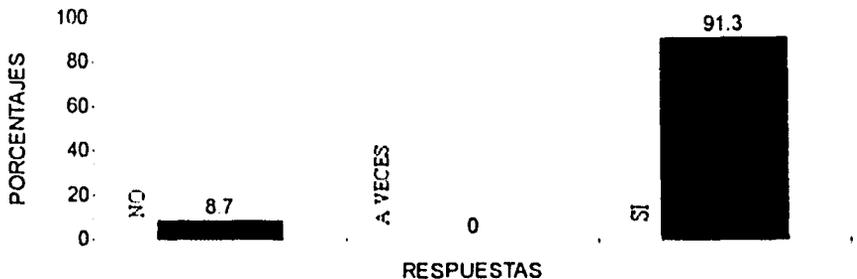
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	21	91.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	2	8.7



En cuanto a las preguntas de la relación recepcionista-paciente se observa la respuesta positiva en cuanto a la actividad administrativa de la recepcionista, pero en cuanto a las preguntas relacionadas a la calidad de atención varia considerablemente como puede ocbervar en las gráficas. También se puede observar que se presento un cambio de actitud posterior a la aplicación del modelo.

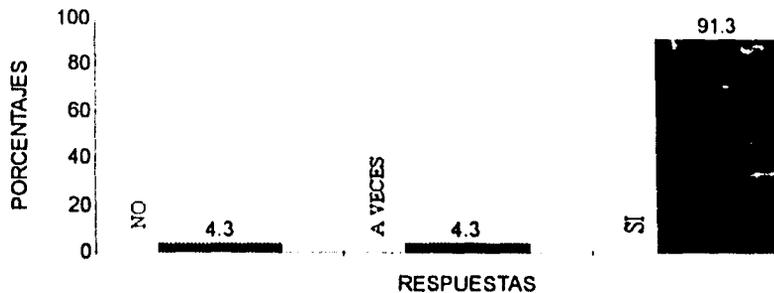
¿La trabajadora social le atiende amable y respetuosamente?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	2	8.7
2.- A veces	0	0
3.- Si	21	91.3



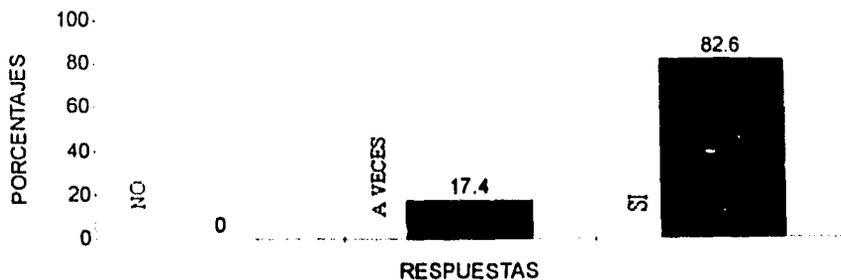
¿La trabajadora social le brinda información y orientación adecuada?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	1	4.3
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	21	91.3



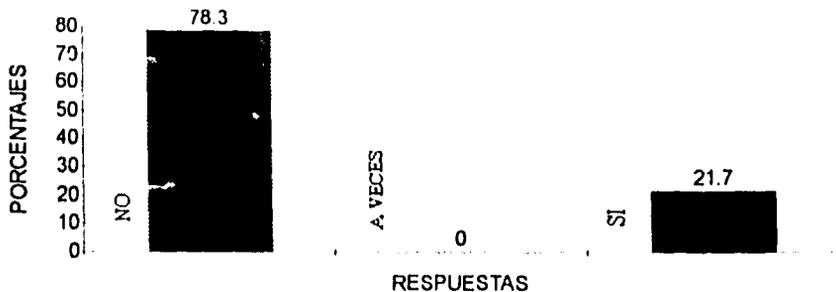
¿La trabajadora social le pregunta su estado de salud?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	4	17.4
3.- Si	19	82.6



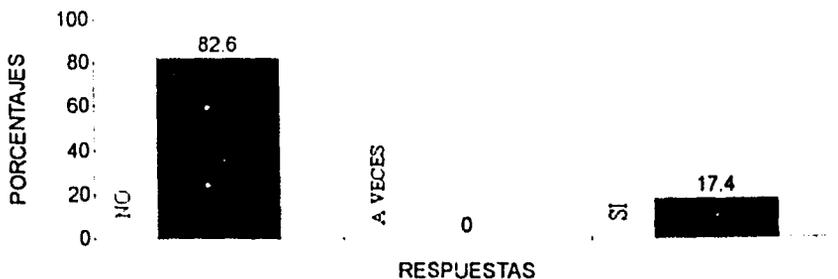
¿La trabajadora social le pregunta su próxima cita con el medico?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	18	78.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	5	21.7



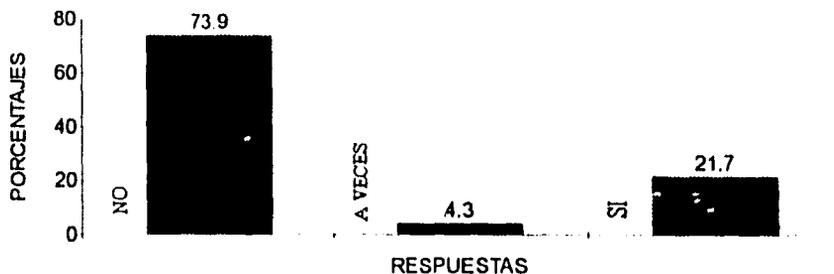
¿La trabajadora social le pregunta su próxima cita con la nutrióloga?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	19	82.6
2.- A veces	0	0
3.- Si	4	17.4



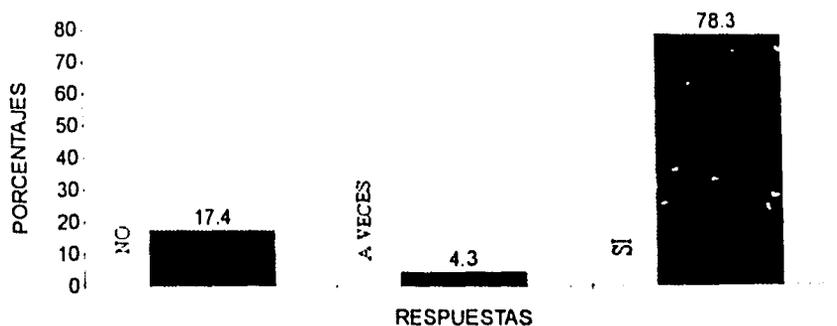
¿La trabajadora social le dice la importancia de continuar su dieta?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	17	73.9
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	5	21.7



¿La trabajadora social le motiva a que siga asistiendo al grupo de autoapoyo?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	4	17.4
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	18	78.3



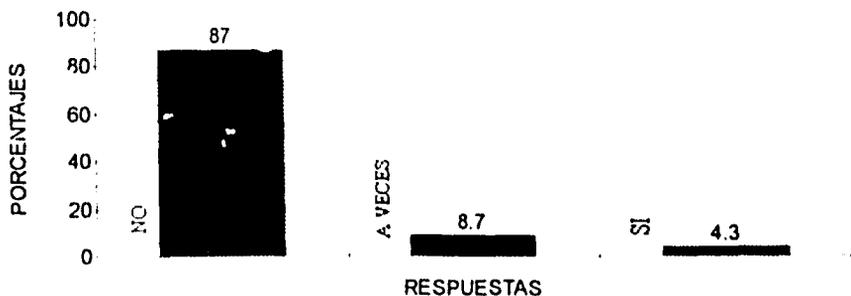
¿La trabajadora social le recuerda que debe realizar alguna actividad física?

RESPUESTAS	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	6	26.1
2.- A veces	0	0
3.- Si	17	73.9



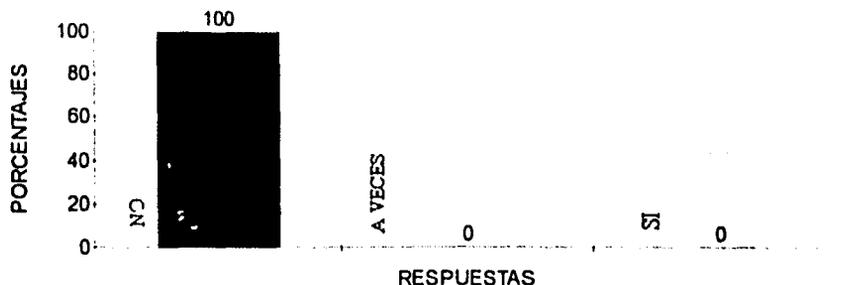
¿La trabajadora social le visita en su domicilio en caso necesario?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	20	87.0
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	1	4.3



¿La trabajadora social le ha entregado folletos?

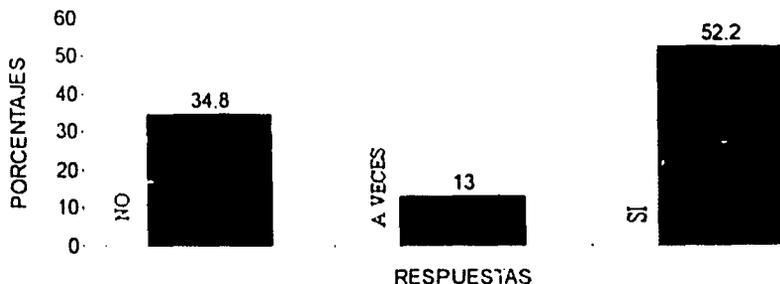
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	23	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



Los folletos se los entrega la enfermera encargada del programa de diabetes mellitus, en lo que se refiere a la atención de la trabajadora social se puede observar, en algunas gráficas, que prevalecen las respuestas afirmativas en lo que se refiere al ejercicio y club.

¿Le acompaña algún familiar a sus consultas?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	8	34.8
2.- A veces	3	13.0
3.- Si	12	52.2



La gráfica representa que una cantidad considerable de pacientes que acuden a su consulta acompañados de algún familiar.

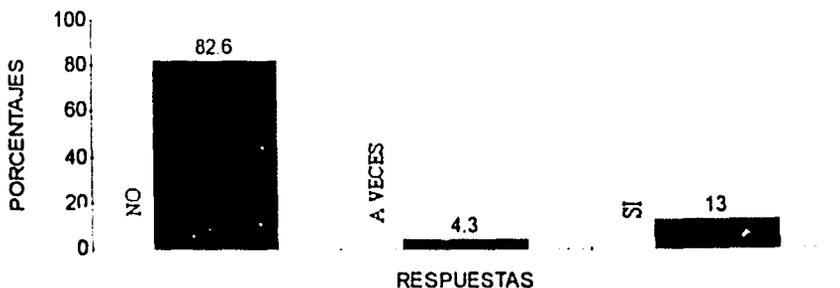
¿Sus familiares le ayudan a llevar bien su dieta?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	14	60.9
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	7	30.4



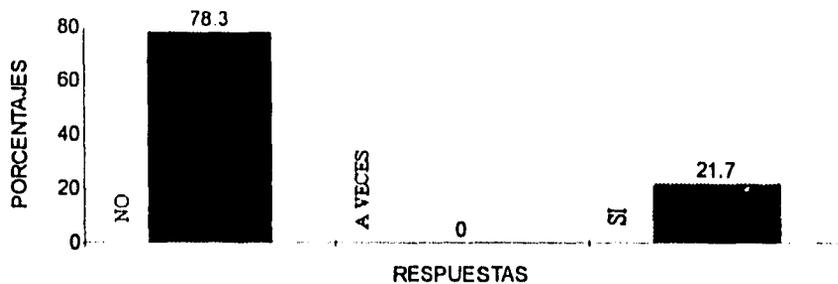
¿Sus familiares le recuerdan como y cuando debe ingerir sus medicamentos?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	19	82.6
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	3	13.0



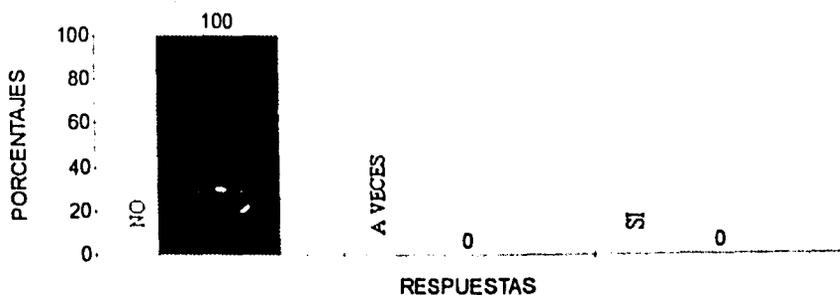
¿Sus familiares le recuerdan que debe hacer ejercicio?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	18	78.3
2.- A veces	0	0
3.- Si	5	21.7



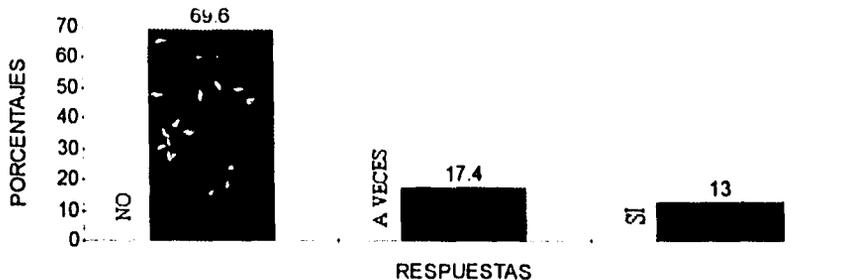
¿Sus familiares le preguntan su nivel de glucosa?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	23	100
2.- A veces	0	0
3.- Si	0	0



¿Sus familiares están al pendiente de sus citas medicas?

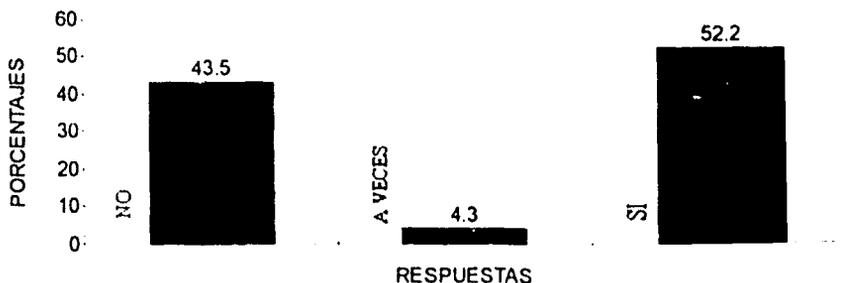
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	16	69.6
2.- A veces	4	17.4
3.- Si	3	13.0



En estas cinco gráficas se observa la falta de interés hacia la salud del paciente, por parte de sus familiares.

¿Sus familiares le proporcionan ayuda económica?

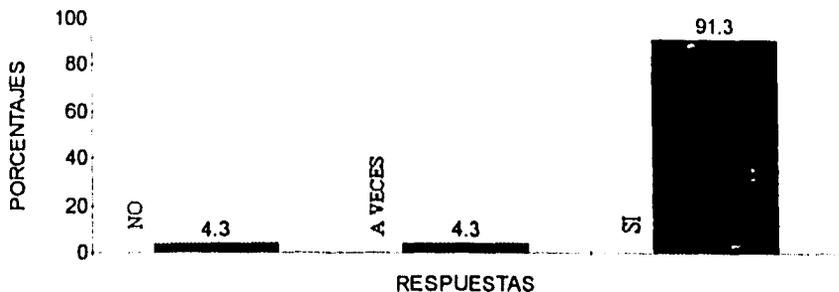
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	43.5
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	12	52.2



En cuanto a estas gráficas se puede ver que solo dos personas cambiaron de su respuesta negativa a una positiva y que actualmente poco mas de la mitad se les proporciona ayuda económica.

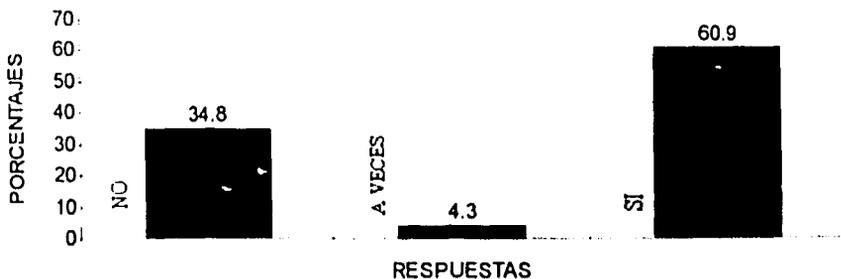
¿Considera importante tomar sus medicamentos?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	1	4.3
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	21	91.3



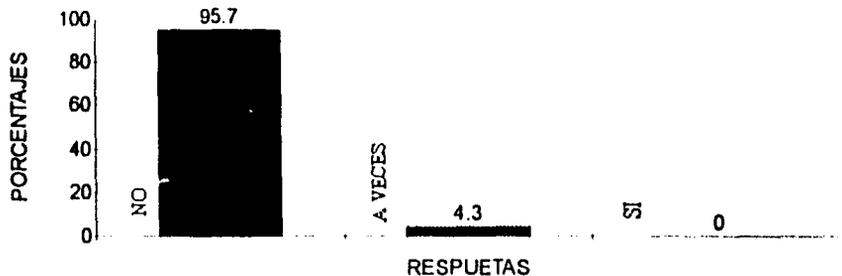
¿Toma sus medicamentos a sus horas?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	8	34.8
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	14	60.9



¿Se le olvida tomar sus medicamentos?

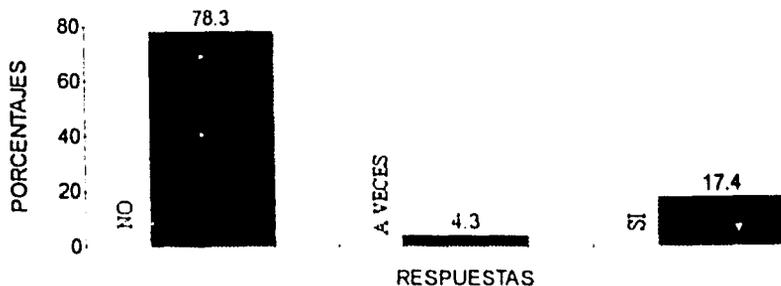
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	22	95.7
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	0	0



En las cuatro gráficas anteriores se puede observar que algunos pacientes no toman adecuadamente sus medicamentos.

¿Le ha sido difícil contar con sus medicamentos?

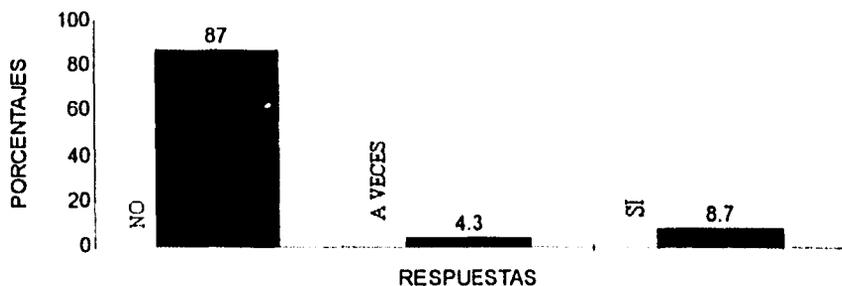
RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	18	78.3
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	4	17.4



En estas gráficas se observa que no a todos los pacientes se les facilita la adquisición de sus medicamentos.

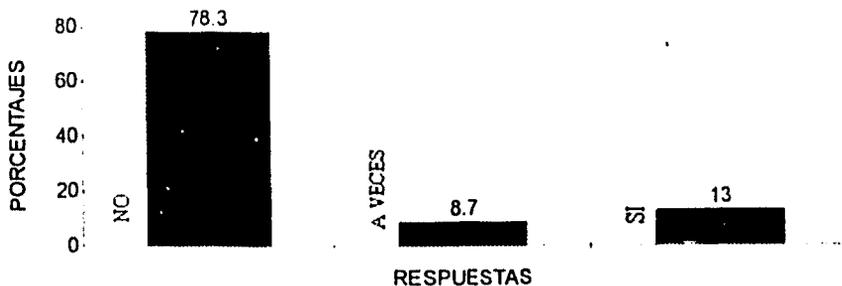
¿Usted cree que seguir bien su dieta le ayuda a bajar el azúcar en su sangre?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	20	87.0
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	2	8.7



¿Sigue bien su dieta?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	18	78.3
2.- A veces	2	8.7
3.- Si	3	13.0



En estas dos ultimas gráficas se observa que el paciente no esta consiente de la importancia de la dieta.

¿Cree que es importante seguir su dieta?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	0	0
2.- A veces	0	0
3.- Si	23	100



En esta gráfica se observa que el paciente responde afirmativamente a la pregunta.

¿Cree que es importante asistir a sus citas con su medico?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- No	10	43.5
2.- A veces	1	4.3
3.- Si	12	52.2



En estas gráficas se puede observar que no todos los pacientes le dan importancia a sus citas medicas.

¿En que ocasiones acude al médico?

RESPUESTAS:	NO. DE PERSONAS	PORCENTAJES
1.- Cuando tiene cita	1	4.3
2.- Cuando se acuerda	2	8.7
3.- Cuando se siente mal	20	27.0



En las cuatro gráficas anteriores se puede observar que no todos los pacientes le daban importancia a sus citas medicas.

CAPITULO III
RESULTADO DE LA VALORACIÓN DEL MODELO PARA EL
APEGO AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO
"VERGELITO" DEL ISEM.

3.1.- Marco metodológico.

El estudio diagnóstico realizado por el área de trabajo social detectó los factores que determinan la falta de apego al tratamiento terapéutico, encontrando entre las primeras causas: la carencia de recursos económicos, la falta de apoyo familiar, la relación médico paciente y la condición física y emocional del mismo. Lo anterior fue motivo para desarrollar estrategias y acciones para lograr cambios dirigidos a mejorar el control del nivel de enfermedad en el paciente diabético.

Para lo anterior y considerando los elementos del marco teórico, se elaboró un modelo de intervención con el fin de llevar un control eficaz de la diabetes mellitus a través de un programa dirigido a pacientes diabéticos y familiares que pertenecen a la población de la coordinación municipal VERGELITO con el fin de lograr el apego al tratamiento y así reducir las complicaciones del padecimiento.

Se pretendió formar un grupo cuasiexperimental de 29 pacientes y un grupo control de 28; al primer grupo se le invito a participar en los cuatro proyectos del programa; del segundo grupo solo se elaboro la lista para que sirva de referencia. Los proyectos se llevaron a cabo -de julio del año 2000 a abril del año 2001- son: capacitación sobre la diabetes y sus implicaciones, formación del grupo de apoyo como herramienta terapéutica, atención integral del paciente diabético y, material de información y orientación.

Para evaluar el modelo se recurrió a revisar los expedientes clínicos del grupo control y del experimental con el fin de saber la frecuencia de sus consultas y su nivel de glucosa en el momento de indicar la aplicación del programa y al finalizar este; también se elaboró un cuestionario y se aplico de forma personal a los pacientes. Posteriormente se realizaron los cuadros y gráficas sobre los datos obtenidos para hacer su análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

3.2. - Presentación y análisis de los resultados.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN CIFRAS DE GLUCOSA EN SANGRE DEL CENTRO DE SALUD VERGELITO julio-2000 y abril-2001-06-06

GRUPO CUASIEXPERIMENTAL.

<i>Cifras de glucosa en sangre ML. DL.</i>	<i>Antes de julio</i>		<i>Abril del</i>	
	<i>Del 2000</i>	<i>%</i>	<i>2001</i>	<i>%</i>
80 - 119	3	10.3 %	15	51.7 %
120 - 159	5	17.2 %	11	37.9 %
160 - 199	6	20.6 %	1	3.4 %
200 - 239	4	13.8 %	1	3.4 %
240 - 279	3	10.3 %	0	0 %
280 - 319	4	13.8 %	1	3.4 %
320 - 359	2	7.0 %	0	0 %
360 - 429	2	7.0 %	0	0 %
430 - +	0	0 %	0	0 %

FUENTE: Expediente clínico.

GRUPO CONTROL.

<i>Cifras de glucosa en sangre ML. DL.</i>	<i>Antes de julio</i>		<i>Abril del</i>	
	<i>Del 2000</i>	<i>%</i>	<i>2001</i>	<i>%</i>
80 - 119	3	10.3 %	6	20.6 %
120 - 159	9	31.0 %	8	27.6 %
160 - 199	2	7.0 %	4	13.8 %
200 - 239	4	13.8 %	2	7.0 %
240 - 279	5	17.2 %	1	3.4 %
280 - 319	2	7.0 %	0	0 %
320 - 359	1	3.4 %	0	0 %
360 - 429	2	7.0 %	0	0 %
430 -	1	3.4 %	1	3.4 %

FUENTE: Expediente clínico.

*NOTA: 7 (24.1%) de los pacientes del grupo control no han acudido a consulta desde antes del día 7 de julio del 2000.

En las gráficas anteriores se puede observar que en la que se refiere al grupo experimental, existen varios pacientes que logran bajar su nivel de glucosa. En cuanto al grupo control se puede ver que el número de pacientes que bajo su nivel de glucosa fue mínimo al anterior grupo, además siete pacientes dejaron de asistir a sus consultas. Cabe mencionar que el número de pacientes diabéticos que asisten a consulta al centro de salud se ha incrementado y algunos de ellos tienen servicio del IMSS.

**NÚMERO DE CONSULTAS A LAS QUE SE PRESENTARON LOS
PACIENTES DIABÉTICOS DE JULIO DEL 2000 A ABRIL DEL
2001.**

MES.	NÚMERO DE PACIENTES DEL GRUPO CUASIEXPERIMENTAL. %		NÚMERO DE PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. %	
Julio.	25	86.2 %	7	24.1 %
Agosto.	26	89.7 %	5	17.2 %
Septiembre.	26	89.7 %	5	17.2 %
Octubre.	24	82.8 %	8	27.6 %
Noviembre.	25	86.2 %	10	34.5 %
Diciembre.	23	79.3 %	10	34.5 %
Enero.	27	93.1 %	13	44.8 %
Febrero.	29	100 %	11	37.9 %
Marzo.	25	86.2 %	14	48.3 %
Abril.	28	96.6 %	5	17.2 %

FUENTE. Expediente clínico.

En la gráfica se puede observar que un considerable número de pacientes del grupo experimental acudió a su consulta mensual aquí se debe mencionar que hay un médico que cita a sus pacientes en dos o más meses de acuerdo a su control de glucosa que este presentando últimamente. Se puede ver que el porcentaje mínimo de asistencia se presentó en el mes de diciembre con 79.3% y se alcanzó un 100% en febrero. También se puede observar la notable diferencia en la asistencia de pacientes del grupo control el cual alcanzó como máximo: Un 44.8% en el mes de enero. En los expedientes clínicos se puede ver que tres de los pacientes del grupo control fueron referidos del hospital Gustavo Baz en donde recibieron atención a causa de su diabetes mal controlada.

3.3 Impacto en torno al apego al tratamiento terapéutico.

Con la información anterior se puede llegar a lo siguiente:

HIPÓTESIS

H1 El modelo establece condiciones propicias para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus.

Esta hipótesis pudo comprobarse en cuanto a que se pudieron lograr cambios de actitudes favorables en la adhesión al tratamiento terapéutico indicado para el control de la diabetes mellitus: en las gráficas en donde aparece el número de pacientes que se presentaron a sus citas médicas puede observarse que una gran mayoría del grupo experimental acudió mensualmente a su cita médica (algunos pacientes tienen su cita mas espaciada por presentar un adecuado control en su nivel de su glucosa), en comparación con el grupo control en que puede observarse una considerable inasistencia mensual por parte de los pacientes. En entrevistas informales también puede detectarse el cambio de conductas en lo que se refiere a la alimentación y el ejercicio físico (algunos acuden al centro de salud a realizar actividades físicas y otros manifiestan salir a caminar. Es importante mencionar que en ocasiones se presenta elevación en el nivel de la glucosa a causa de situaciones de angustia o depresión que están fuera de su control.

H2 A mayor incorporación de la familia en las acciones del tratamiento médico-social mayor alcance en el apego al tratamiento del paciente de diabetes mellitus.

APOYO FAMILIAR	GRUPO CUASIEXPE.			GRUPO CONTROL		
	NO	A VECES	SI	NO	A VECES	SI
Le acompaña algún familiar a su consulta	3	7	19	8	3	12
Sus familiares le ayudan a llevar bien su dieta	5	4	20	14	2	7
Sus familiares le recuerdan como y cuando debe ingerir sus medicamentos	1	1	27	19	1	3
Sus familiares le recuerdan que debe hacer ejercicio	7	0	22	18	0	5
Sus familiares le preguntan sus niveles de glucosa	4	0	25	23	0	0
Sus familiares están al pendiente de sus citas medicas	4	0	25	16	4	3
Sus familiares le proporcionan ayuda economica	10	3	16	10	1	12

La hipótesis logro comprobarse, al sentir el interés de sus familiares en el apoyo al tratamiento terapéutico ellos mostraban mayor motivación para seguir las indicaciones prescritas. En la medida que el paciente diabético percibió el interés de sus familiares a través de su participación activa (tabla de tabulación cruzada) en el control de su padecimiento, se vio incitado a cambiar actitudes orientadas a coadyuvar en la adhesión al tratamiento terapéutico.

H3 La dimensión social del modelo permite establecer una relación mas estrecha entre equipo medico-paciente-medio social como base de un tratamiento integral.

Esta hipótesis también logro comprobarse: Antes de la aplicación del modelo existían actividades generalizadas por parte del personal de salud para todos los pacientes, es decir, muchas de las veces se limitaban a atender las inquietudes del paciente dejando de lado la detección de algunos aspectos médico-sociales que contribuyen a la descompensación de la diabetes mellitus. También se realizaban actividades aisladas de atención al paciente diabético. En el transcurso de la aplicación del modelo se pudo observar que se fueron generando cambios de actitudes que coadyuvaron en la integración del médico-paciente-familia en el tratamiento terapéutico.

En lo que se refiere a los objetivos del modelo y el del programa estos fueron alcanzados puesto que los pacientes del grupo experimental se apegaron al tratamiento terapéutico a través de una participación integral (paciente-equipo de salud-familia).

Alcance de metas del modelo:

- * Formar un grupo de 29 pacientes para desarrollar el programa.
Se invita a 29 (100%) pacientes a participar en los proyectos.
- * Integrar una lista de 28 pacientes para formar el grupo control.
Se integra la lista de 28 (100%) pacientes.
- * Lograr que los 29 pacientes acudan con un familiar a las sesiones educativas.
En esta meta logro alcanzarse una media de 18.8 pacientes que acudieron con sus familiares (6 pacientes acudieron solos).

- * Conseguir que los 29 pacientes acudan a sus citas médicas y nutricionales.
En cuanto a las citas médicas mensuales se alcanzó una media de 26. En lo que se refiere a sus citas nutricionales la media fue de 24.
- * Obtener la integración de los 29 pacientes al grupo de autoapoyo.
Se logró la integración de 25 pacientes con una media de 22.2 en cuanto a la asistencia a las sesiones.

Alcance de metas del programa:

- * Conformar un grupo de 29 pacientes con diabetes mellitus para la aplicación del programa.
Se invitó a 29 pacientes (100%) a participar en el mismo. Se logró integrar un grupo de 25 pacientes (86.2%) para que participara de manera activa en la aplicación del programa.
- * Lograr que los 29 pacientes acudan a consulta y pasen con la nutriologa para que les aplique la dieta.
Acudieron 26 (89.7%) pacientes a las citas indicadas por su médico.
Asistieron 29 (100%) pacientes con la nutriologa a que les indicara su dieta.
- * Citar a los 29 pacientes. Acompañados de un familiar para darles información y sensibilizarlos en lo referente al control a las complicaciones de la enfermedad de los pacientes.
Se dio cita a 29 pacientes acompañados de un familiar, se logró que acudieran como mínimo 17 y como máximo 25 pacientes en compañía de un familiar.
- * Formar un grupo de apoyo de 29 pacientes con diabetes mellitus.
Se integraron 25 (82.2%) pacientes al grupo de apoyo.
- * Reunir al grupo de apoyo una vez al mes.
Esta meta se logró en un 100%. El club del paciente diabético se reunió durante siete meses, de octubre en que se inició su primer reunión hasta abril en que se concluyó la aplicación del programa.

- * Realizar una sesión con el personal de salud involucrado, para unificar criterios sobre la base de la normatividad.
- * Esta meta fue alcanzada. A través de una mesa redonda se revisó la Norma Técnica para la Prevención y el Control de la Diabetes Mellitus, y así cada una de las personas involucradas supieron las funciones que deben desempeñar para este programa.

Objetivos de proyectos:

I.- Capacitación sobre diabetes y sus implicaciones.

Objetivo: capacitar al paciente y a sus familiares acerca del control de la diabetes mellitus, a fin de lograr su participación en el mismo.

El objetivo de este proyecto logró alcanzarse en la mayoría de los pacientes del grupo experimental.

En cuanto a las preguntas relacionadas en lo referente a los conocimientos básicos adquiridos en las sesiones educativas de diabetes mellitus, puede observarse en las respuestas, que los pacientes tienen conocimiento acerca de su enfermedad, esto ha contribuido a que existan cambios de actitudes que coadyuvan en el control de su nivel de glucosa. En cuanto a los familiares que acudieron a las sesiones, estos se muestran más participativos en las indicaciones terapéuticas contribuyendo en el control de la enfermedad de su familiar.

II.- Formación del grupo de apoyo como herramienta terapéutica.

Objetivo: ayudar a los pacientes a adaptarse y a enfrentar su enfermedad así como los cambios biopsicosociales que con frecuencia los acompaña, a través del intercambio de experiencias con otras personas que padecen diabetes.

Este objetivo logró alcanzarse en los pacientes que se integraron en el grupo de apoyo: el que algunos pacientes manifiestan la antigüedad de su padecimiento y que se sienten bien y otros comparten sus experiencias que han vivido como personas

diabéticas, además de saber que existen otras personas con el mismo padecimiento contribuye a que quienes aun no aceptan conscientemente su enfermedad la acepten y le hagan frente a través de actitudes que coadyuvan al tratamiento terapéutico de la diabetes mellitus.

III.- Atención integral del paciente diabético.

Objetivo: brindarle atención integral al paciente diabético para el buen control de su enfermedad a fin de evitar complicaciones.

Este objetivo se alcanzó, el paciente ha recibido tratamiento integral por el personal de salud involucrado en este programa. Se puede observar en las gráficas anteriores, que el paciente recibió atención por parte del médico, aunque algunas veces no se hizo la revisión adecuada para detectar alteraciones a nivel de ojo, daño a nervios sensitivos y motores voluntarios o visceral; de la nutriologa quien indico la dieta al 100% de los pacientes del grupo experimental; de la enfermera quien se encargo de tomar la presión arterial, llevar el control de la tarjeta del paciente diabético y hacer destroxis en caso necesario; la recepcionista quien indicó los tramites administrativos para recibir la atención dentro del centro de salud; la trabajadora social quien formo el grupo educativo y el de autoapoyo además de dar orientación y realizar visitas domiciliarias para recordar a los pacientes las citas a las reuniones del grupo; sus familiares quienes se encargaron de apoyar al paciente en el apego al tratamiento terapéutico.

IV.- Material de información y orientación.

Objetivo: elaborar información impresa dirigida a pacientes y sus familiares con diabetes mellitus.

Este objetivo se logro al finalizar el presente programa, se elaboró información impresa (cuadernillo) y se entrego a pacientes con diabetes mellitus. Durante la aplicación de los proyectos se estuvo dando material dirigido a pacientes diabéticos, el material fue proporcionado por promotores de laboratorios.

CONCLUSIONES

Ante el problema de salud pública que representa la diabetes mellitus en nuestro país, debiera atenderse al paciente diabético de manera integral para lograr un adecuado nivel de glucosa y así evitar secuelas que produzcan personas incapacitadas o con invalidez que impliquen costos para las instituciones de salud.

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la diabetes mellitus contempla la atención integral del paciente diabético, sin embargo por diversas cuestiones (administrativas, ideológicas y políticas entre otras) esto no se lleva a cabo, repercutiendo en la calidad de vida del paciente y sus familiares además aumentando las tasas de morbilidad y de mortalidad a consecuencia de las complicaciones por un inadecuado control en el nivel de glucosa.

En cuanto al proceso operativo de la supervisión de las actividades que deben cubrir el personal de salud, y a la observancia de la norma mencionada en el párrafo anterior, solo se lleva a cabo una evaluación cuantitativa restando importancia a la fase cualitativa en la que se visualiza la necesidad de justificar modificaciones en procedimientos no funcionales para el alcance de objetivos.

El enorme impacto de la diabetes mellitus mal controlada se ve reflejado en las complicaciones relacionadas con la enfermedad. La mitad de las amputaciones del miembro inferior no asociadas a traumatismo se pueden relacionar con la diabetes; aproximadamente el veinticinco por ciento de los casos de insuficiencia renal es causado por un inadecuado control del nivel de glucosa y esta misma enfermedad es en la actualidad la principal causa de ceguera. Estos datos hacen imperativo la realización de un modelo que de respuesta a esta problemática.

El problema se acrecenta no solo por el monto de los gastos que presenta el diagnóstico y el tratamiento de las aplicaciones, sino por el hecho que afecta a la población económicamente activa que queda minusválida y deja de percibir un salario y con grave problema de adaptación psicosocial.

A través de encontrar que pacientes asistentes al programa de diabetes mellitus en el centro de salud urbano "vergelito" están descompensados, surgió la inquietud de atender esta problemática. Al hacer el estudio

diagnostico y revisar un marco teórico se pudo detectar que existen omisiones y desviaciones por parte del personal multidisciplinario del centro de salud, que aunados a factores económicos y socioculturales, son los que llevan a que el paciente diabético se descompense.

El propósito del estudio diagnóstico fue establecer un panorama real de la problemática del paciente diabético a fin de que el modelo respondiera con mayor eficacia.(pag.27)

Como personal de salud estamos obligados a buscar la forma de ofrecer una vida de mayor calidad y duración a pacientes con diabetes mellitus a través de educación prevención y tratamiento eficaz y eficiente.

A través de proponer una atención integral, el modelo (respondiendo a un diagnostico que permitió considerar la magnitud de necesidades y problemas) permitió establecer procedimientos que lograron cambios en la conducta de los pacientes diabéticos, actitudes que coadyuvaron en la adhesión al tratamiento terapéutico indicado para el control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus.

Cuando el paciente participa activamente en su tratamiento, cuando ha creado conciencia de su papel en el control de su padecimiento, son más altas las posibilidades de que la terapia tenga éxito.

Cabe señalar que la actitud del personal de salud es realmente importante para que el paciente siga su tratamiento: que este capacitado sobre el tratamiento del paciente diabético, su habilidad para hacerse entender, el tiempo que dedique a esta tarea, su paciencia y personalidad son fundamentales para que los pacientes sigan un tratamiento terapéutico.

Acerca de la importancia que tiene la participación de la familia en el tratamiento terapéutico, se puede decir que en la medida que esta muestre interés en las indicaciones médicas y participe activamente en el control de la enfermedad hará que este eleve y/o mejore sus estímulos emocionales y lo motivara para que se adhiera al tratamiento prescrito para lograr el control de su enfermedad y así evitar complicaciones propias de la misma.

El modelo propicio condiciones en beneficio del paciente diabético, reflejando así la importancia que tiene un programa de atención integral (medico, nutrióloga, enfermera, trabajadora social) a personas que

padecen diabetes mellitus. En la medida en que el paciente diabético sea atendido a través de un tratamiento integral de lograra el control de su enfermedad.

Con lo anterior se evitarían secuelas que produzcan personas incapacitadas o con invalides para el trabajo, ya que la mayoría de pacientes diabéticos se encuentran aun en la etapa de productividad.

El tratamiento integral abatiría costos tanto a las instituciones de salud, así como al mismo paciente y mejoraría la calidad de vida en este grupo de enfermos, garantizando así un impacto social en la atención y control de la diabetes mellitus.

Tradicionalmente, entre las funciones del trabajador social en las instituciones de salud, de CD. Nezahualcoyotl estaba dirigida la atención se centra en los problemas individuales y administrativos, limitándolo a realizar estudios socioeconómicos y a impartir fichas de consulta, esto se sigue llevando acabo en algunas instituciones de salud a causa del desconocimiento de las funciones y capacidades del profesional en trabajo social. En la actualidad el trabajador social en salud publica debe ser un elemento que promueva el cambio en actitudes desfavorables para la salud, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración. Debe participar en la investigación, programación, administración y evaluación en acciones de salud.

6.- ¿El medico le checa sus reflejos?

NO A VECES Sí

7.- ¿El medico le explora sus pies?

NO A VECES Sí

8.- ¿El medico le pregunta si a presentado dolor en piernas y/o pies?

NO A VECES Sí

9.- ¿El medico le pregunta si padece diarrea sin causa o estreñimiento pertinaz?

NO A VECES Sí

10.- ¿El medico hace notas en el expedienté clínico?

NO A VECES Sí

11.- ¿El medico le pregunta si acude con la nutrióloga?

NO A VECES Sí

12.- ¿El medico le pregunta si pertenece al club de diabéticos?

NO A VECES Sí

13.- ¿El medico le sugiere que haga o siga realizando alguna actividad física?

NO A VECES Sí

14.- ¿El medico le explica la forma de ingerir su medicamento?

NO A VECES Sí

15.- ¿El médico le indica su próxima cita?

NO

A VECES

SÍ

16 - ¿Que opina de la atención que recibe por parte del medico?

III.- RELACION NUTRIÓLOGA - PACIENTE

1. - ¿La nutrióloga le pregunta su nivel de glucosa?

NO

A VECES

SÍ

2.- ¿La nutrióloga la (o) pesa?

NO

A VECES

SÍ

3.- ¿La nutrióloga le pregunta cuantos días a la semana ingirió los siguientes alimentos:

verduras
fruta
leche y derivados
carnes rojas
pollo
pescado
cereales y granos
huevo

4.- ¿La nutrióloga le pregunta con que endulza sus bebidas?

NO

A VECES

SÍ

5.- ¿La nutrióloga le checa su hoja de dieta?

NO

A VECES

SÍ

6.- ¿La enfermera le trata en forma amigable y cortes?

NO A VECES SÍ

V.- RELACIÓN RECEPCIONISTA - PACIENTE

1.- ¿La recepcionista le atiende amablemente?

NO A VECES SÍ

2.- ¿La recepcionista le explica el procedimiento a seguir para recibir la atención médica?

NO A VECES SÍ

3.- ¿La recepcionista le indica en que consultorio la atenderán?

NO A VECES SÍ

4.- ¿La recepcionista le registra su próxima cita?

NO A VECES SÍ

5.- ¿La recepcionista le atiende cortes y respetuosamente?

NO A VECES SÍ

VI.- RELACIÓN TRABAJADORA SOCIAL - PACIENTE

1.- ¿La trabajadora social le atiende amable y respetuosamente?

NO A VECES SÍ

2.- ¿La trabajadora social le brinda información y orientación adecuada?

NO A VECES SÍ

12.- ¿La trabajadora social le ha entregado folletos?

NO A VECES sí

VII.- RELACIÓN FAMILIA-PACIENTE.

1.- ¿Le acompaña algún familiar a sus consultas?

NO A VECES sí

2.- ¿Sus familiares le ayudan a llevar bien su dieta?

NO A VECES sí

3.-¿Sus familiares le recuerdan como y cuando debe tomar sus medicamentos?

NO A VECES sí

4.-¿Sus familiares le recuerdan que debe hacer ejercicio?

NO A VECES sí

5.-¿Sus familiares le preguntan el nivel de su glucosa?

NO A VECES sí

6.-¿Sus familiares están al pendiente de sus citas medicas?

NO A VECES sí

7.-¿Sus familiares le proporcionan ayuda económica?

NO A VECES sí

CENTRO DE SALUD VERGELITO.
MODELO DE INTERVENCION PARA EL CONTROL
DE ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DIABETICO.

El objetivo del presente cuestionario es evaluar los proyectos del programa de apego al tratamiento terapéutico de pacientes con diabetes mellitus en el centro de salud urbano "vergelito".

I.- CAPACITACION SOBRE LA DIABETES MELLITUS Y SUS IMPLICACIONES.

1.- ¿Qué es la diabetes mellitus?

2.- ¿Cuáles son las causas de la diabetes mellitus?

3.- ¿Cuales son los síntomas de la diabetes mellitus?

4.- ¿Cómo se controla la diabetes mellitus?

5.- ¿Cuáles son los daños de la diabetes mellitus mal controlada?

II.- FORMACION DEL GRUPO DE APOYO COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA.

1.- ¿Cómo se siente en el club del paciente diabético?

2.- ¿Qué le gustaría que se hiciera en el club?

III.- ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE DIABETICO.

1.- ¿El medico le da consulta cuando usted tiene cita?

2.- ¿La nutriologa le proporciona su hoja de dieta cuando acude a consulta con ella?

3.- ¿La enfermera le atiende eficaz y eficientemente?

4.- ¿La trabajadora social le da orientación e información cuando la solicita?

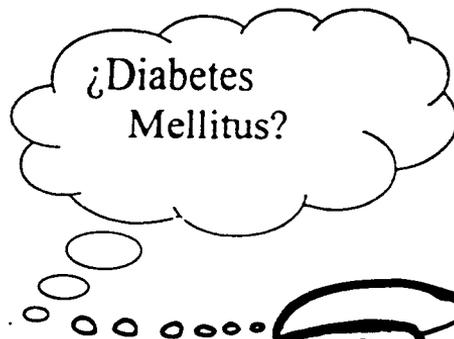
IV.- MATERIAL DE INFORMACION Y ORIENTACION

1.- ¿El personal de salud le proporciona material por escrito?

2.- ¿Lee usted ese material?

3.- ¿Para que le ha servido ese material?

DIABETES MELLITUS



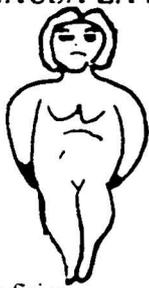
¿QUE ES LA DIABETES MELLITUS?

Es una enfermedad en la que el páncreas no funciona adecuadamente y produce poco o nada de insulina, elevando los niveles de azúcar en la sangre.

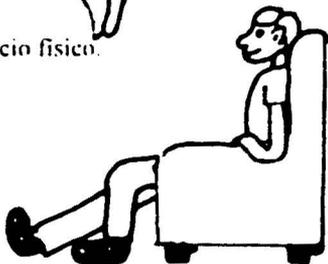
CENTRO DE SALUD URBANO "VERGELITO"

¿QUE CAUSA LA DIABETES?

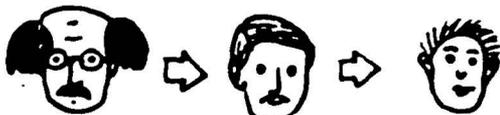
- La obesidad.



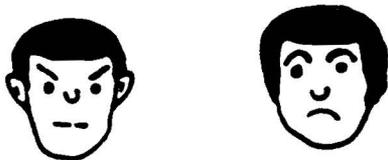
-La falta de ejercicio físico.



-La herencia.



-Tensión y/o angustia prolongada.



¿CÓMO SE MANIFIESTA LA DIABETES?



-Mucha sed.



-Orina con mayor frecuencia.



-Pérdida de peso.



-Mucha hambre.



-Cansancio, debilidad y dolores musculares.

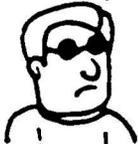
¿CUALES SON LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES?

-Daño a los riñones.



El riñón pierde la capacidad de funcionar adecuadamente.

-Daño a los ojos.



Se favorece la aparición de cataratas y de ceguera parcial o total.

-Mala circulación e infección.



Frecuentemente se presenta gangrena.

-Coma diabético.



Se debe al aumento brusco de la glucosa, y puede causar la muerte.

¿COMO SE CONTROLA LA DIABETES?

-Conservando el peso ideal y siguiendo una dieta balanceada.



-Realizando ejercicio físico.



-Llevando un control médico.



-Tratando de evitar la tensión y la angustia.

RECUERDE:

"ESTA ENFERMEDAD
PRODUCE
LESIONES EN EL RIÑON,
OJOS,
NERVIOS, ARTERIAS Y
CORAZON
QUE CAUSAN INVALIDEZ
Y
ACORTAN LA VIDA"

PERO:

"LA DIABETES, SI SE
ATIENDE Y CONTROLA
OPORTUNAMENTE"

**LAS LESIONES PUEDEN
EVITARSE.**

**INFORMES: EN EL DEPARTAMENTO DE
TRABAJO SOCIAL.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Guzmán, Ernesto. **Cartas a un Diabético**, 1ª. Ed. 1990. México Ed Tallas 1990
2. Apodaca Rangel, Ma de Lourdes. **Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador social en el Sector Salud**.
Cuadernos de Trabajo Social
Ed. ENTS, UNAM
México D. F. 1983
3. Ander Egg, Ezequiel. **Introducción a las Técnicas de Investigación Social**, 7ª. Edición. Buenos Aires. Ed. Humanitas, 1978.
4. Aquiles Ayala. **"Complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus. Fisiopatología y Tratamiento"**.
Gaceta Médica de México. México IMSS.
Vol. 126 no. 5
5. Baena Paz, Gutlerrmina. **Instrumentos de investigación**.
(Tesis Profesionales y Trabajos Académicos).
1ª. Ed., México. Editores Mexicanos Unidos.
6. Cenutti Cinalli, Angel. **Lexicon de Terminos de Antropología Cultural**.
Ed. ENTS, UNAM.
México 1953.
7. Cerqueira, Ma. Teresa. **Unidades Normativas para la Educación en Nutrición**.
Editado por la Secretaria de Salubridad y Asistencia.
México 1982
8. De la Fuente Muñoz, Ramon. **Psicología Médica**.
2ª. Ed. México D. F. 1983
Editorial de Cultura Económica
9. De la Vega Lezama, Carlos. **Un Paso hacia el Método Científico**,
1ª. Ed., México. Editado por Instituto Politécnico Nacional.
10. Doz Mora J. F. Ubash J. **"Diabetes Mellitus tipo II"**
Cumplimiento de tratamiento, atención primaria, Boletín Médico Informativo, año ii no. 9 mayo 1996
11. Galeana de la O, Silvia. **Promoción Social**, Editado por ENTS/UNAM, Plaza y valdez, S. A. de C.V. 1ª Ed. México 1999
12. García P. Z., Mejía A. L., Franco L. **Complicación: Norma Técnica No. 157 para la prevención y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria a la Salud en: Manual de Normas Técnicas del Instituto Nacional de Neurocirugía**; Dr. Manuel Velazco Suárez. Dpto. Neuroepidemiología México. D. F. Ley General de Salud, 1991
13. Gómez Pérez, Francisco Javier, Dr. A. Rull Juan. **Tratado de Diabetología**.
Editado por el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"
México 1997
14. Hernández Sampieri Roberto, et al. **Metodología de la investigación**, Edit. Mc. Graw Hill, México 1991
15. Infante Díaz Francisco. **¿Por qué los pacientes no siguen las instrucciones de su médico?**
Revista Salud y Medicina al día, México

16. Islas Andrade Sergio. **Diabetes Mellitus**, Ed. Mc Graw-Hill, México 2ª Ed. 1999
17. Krause, Marie y A. Hunscher, Martha. **Nutrición y Dietética en Clínica**, Ed. Interamericana, México 1987
18. **Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA 2-1994 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes**, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica 2000
19. **Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la atención Primaria a la Salud**, Boletín Médico Informativo, ISEM. 1996
20. Pérez Pasten Enrique. **Guía para el Educador en diabetes**, 3ª. Ed. México, Ed. Soluciones Gráficas, 1997.
21. Quibrera Infante Ricardo. **Fundamentos de la Diabetes Mellitus**, Ed. Grupo de Mercadotecnia de Innovación y desarrollo S.A. de C.M., México 1997
22. Rivera Escamilla, Juan S. **"Diabetes Mellitus"**, Revista Mexicana de Medicina Familiar, Vol 2 No. 3 1988.
23. Ríos González, Jesús. **Fundamentos de la Diabetes Mellitus**, Ed. Grupo de Mercadotecnia de Innovación y Desarrollo S.A. de C.V. México, 1997 Tomo 1, 2 y 3
24. Rojas Soriano, Raúl. **Guía para realizar Investigaciones Sociales**, 7ª. Ed. México. Editado por Plaza y Valdez, 1991.
25. Smith, Carole R. **Trabajo Social con Moribundos y su Familia**, 1ª. Ed. México 1988 Editorial Pax-México.
26. Tecla Jimenez, Alfredo y Garcia Ramos Alberto. **Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación social**, 13ª. Ed. México. Editores de Sociedad Cooperativa de Producción "Taller Abierto", p 1985, 161.
27. Lic. Teran Trillo, Margarita (Coordinadora) **Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de la Salud**, México D. F. Ed. ENTS, UNAM.
28. Treviño Garcia, Roberto. **"Estado Actual del Diabético en el Primer Nivel de Atención"**, Revista Médica del IMSS, Vol. 5 No. 6 1992, 38 p
29. Varios Autores. **Necesidades Esenciales en México, Situación actual y perspectivas al año 2000**, Tomo IV, Salud Edit. Siglo XXI México D. F. 1992.
30. Dr. Vazquez Camacho, Luis. **El Método Científico en la Investigación en Ciencias de la Salud**, 1ª. Ed. México 1995 Editor Mendez Oteo
31. **Diccionario Médico Salvat Editores S.A.** México 1993