

11226 14



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTROL METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

TESIS QUE OBTIENE EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE : ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A : DR. ISMAEL CHÁVEZ MEDINA

ASESOR: DRA. MARTHA BOIJSEAUNEAU CÁRDENAS



Autógrafa a la Dirección General de Bibliotecas UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo titulado:

NOMBRE: Chavez Medina Ismael

MÉXICO, D.F.

FECHA: 01 OCT 03
FIRMA: Ismael Chavez Medina

2003



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

DEDICATORIAS

A MI ESPOSA (ANGELICA) Y MI HIJA (ABIGAIL)

A las cuales siempre les robo tiempo y dedicación, quienes con su apoyo siempre fiel me han ayudado para salir adelante.

A MIS PADRES

Por permitirme conocer este mundo y por haber brindado todo lo necesario para lograr esta meta, agradezco a ellos por su cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A MIS HERMANOS

Por su comprensión, paciencia y amor que me han brindado y que me impulsa a lograr el éxito.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por toda la felicidad y los beneficios que he recibido en mi vida. Por encontrarse siempre a mi lado en los momentos mas difíciles y por permitirme llegar hasta el sitio donde me encuentro.

A LA DRA. BOIJSEAUNEAU

Por dedicarme una horas de su valioso tiempo, y que gracias a ello se ha podido realizar esta tesis.

A LA DRA. ALCANTARA Y A LA DRA. MEDINA

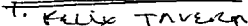
Por que siempre se han preocupado por apoyarnos en todos los aspectos y que me enseñaron a ser un excelente medico familiar.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD


DRA. MARTHA G. BOLISE AUNE M.C.
DIRECTORA DE LA UMF # 21

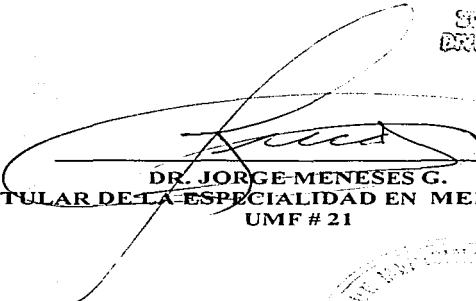
TESIS CON
FALLA DE CUBLEN

C.A.


T. FELIX TAVERA

DRA. MA. DEL ROSARIO RÍOS A.
JEFA DE EDUCACION MÉDICA


S. TAVERA


DR. JORGE MENESES G.
PROF. TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UMF # 21



ASESOR DE TESIS



DRA. MARTHA G. BOISSEAU C.

DIRECTORA DE LA UMF # 21

**TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION**

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
AUTORIZACIONES.....	3
TITULO.....	5
INTRODUCCION.....	7
HIPOTESIS.....	12
OBJETIVOS.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	14
DISEÑO ESTADISTICO.....	21
RESULTADOS.....	22
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS.....	43

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

TITULO

IMPACTO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL CONTROL METABOLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. INTRODUCCION

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR.

La Medicina Familiar es la disciplina que desarrolla su actuación en el ámbito de la atención primaria de la salud, con un enfoque integral, al realizar un abordaje biopsicosocial de los problemas del individuo y su familia.¹

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) define al médico familiar como: "El profesional responsable de proporcionar atención integral, continua y preventiva a todo individuo y familia que solicite asistencia médica sin limitar la accesibilidad de sus servicios e interactuando con otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario, llevando la atención del individuo al contexto de la familia y a la familia al contexto de la comunidad. El Médico Familiar forma parte de un equipo de atención primaria, con las características de un buen clínico, investigador, docente, educador, accesible y competente, cuyos principios hacen evidente su diferencia con las otras disciplinas existe compromiso con la persona y la familia por lo que debe tener conocimiento de las enfermedades y sobre todo de la forma de prevenirla por lo cual imparte educación sanitaria en su consultorio, en la casa del paciente y en el hospital, administrando los recursos con los que cuenta."²

EDUCACION PARA LA SALUD

Es la concientización individuo que influye favorablemente en actitudes y conocimientos relacionados con la mejoría de la salud, personal o comunitario. La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica e incurable de múltiples etiologías, caracterizada por disturbios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de los defectos de la secreción y

TESIS UO.
FALLA DE CUBIEN

acción de la insulina y el curso que tome depende del control metabólico y de la frecuencia con que se presenten las complicaciones agudas y crónicas.^{3,4}

El control de la DM, desaparece los síntomas (polidipsia, poliuria, polifagia, debilidad, sueño, etc.) disminuye la incidencia y progresión de complicaciones, las cuales se pueden prevenir por medio de educación para la salud, haciendo que el paciente se esfuerce diariamente por tener un buen control metabólico, evitando factores de riesgo.⁵

Todo ello mediante la prevención primaria a través de educación para la salud e implantando nuevos programas de educación en este tipo de pacientes, que tienen como objetivo evitar la enfermedad, involucrar al individuo y su familia en el tratamiento e influyendo en todos y cada uno de los factores de riesgo modificables (sedentarismo, obesidad, dislipidemia, Hipertensión Arterial, nutrición inapropiada) que tenga lugar antes de manifestarse y/o aparezca la enfermedad, la prevención secundaria va encaminada a prevenir las complicaciones y se debe tomar en cuenta básicamente el control de la DM.⁶

Todos los pacientes tiene derecho a ser educados por personal capacitado, por ello es importante formar educadores en el campo de la DM, esta debe ser impartida a personal de la salud y a miembros de la comunidad que deseen participar y que demuestren interés en este campo.^{7,8}

Los propósitos del proceso educativo en el paciente diabético: Lograr control metabólico, prevenir complicaciones, cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad, mantener o mejorar la calidad de vida, asegurar la adherencia al tratamiento, disminuir el riesgo de enfermedad en el núcleo familiar, controlar los factores de riesgo.⁹

EPIDEMIOLOGÍA

En la literatura se reporta que el 8% de la población en México tiene Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) y el 2-3% tienen Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1); sin embargo, en EU, la incidencia de DMT1 es más elevada. Las repercusiones a corto plazo son aumento en la morbilidad (coinfecciones) y complicaciones agudas (coma hiperosmolar no cetótico). Las repercusiones a largo plazo son cardiovasculares por el aceleramiento de la aterosclerosis, como cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, retinopatía e insuficiencia renal, neuropatía periférica y central (autonómica).¹⁰

CLASIFICACIÓN

Los criterios para la clasificación de la DM fueron desarrollados por un comité de la ADA (Asociación Americana de Diabetes) y por un comité OMS (Organización Mundial de la Salud), clasificándola en los siguientes 4 grupos:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes Mellitus gestacional.¹¹

TESIS CON
FALTA DE CUBIERTEN

ETAPAS DE LA DM

La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo:

- A. Normo glucemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado. Incluye personas con alteración de la tolerancia a la glucosa.
- B. Hiperglucemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:
 - a. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa)
 - b. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:
 - > DM Tipo 1
 - > DM Tipo 2,¹²

Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar los siguientes criterios:

- Y Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) más una glucemia casual igual o mayor a 200 mg/dl
- Y Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl.
- Y Glucemia igual o mayor a 200 mg dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

- En asintomático es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras anteriores, considerando factores como edad, obesidad, historia familiar y comorbilidad.¹³

CONTROL METABOLICO DE LA DM

Estabilizar productos del metabolismo (Hb glucosilada y Glucosa). En esta tabla manejaremos parámetros importantes para establecer un buen control metabólico. Por un lado tenemos lo optimo y por otro las cifras en la que se tiene que intensificar las medidas educativas en los pacientes con DMT2.¹⁴⁻¹⁵

OBJETIVOS DE CONTROL EN LA DIABETES MELLITUS		
	OBJETIVO DE CONTROL	INTENSIFICAR INTERVENCIONES
HbA1c (%)	<7	>8
Glucemia basal y preprandial*	80-110	>140
Glucemia posprandial*	100-140	>160
Colesterol total (mg/dl)	<185	>230
LDL (mg/dl)	<100	>130
HDL (mg/dl)	>40	<35
Triglicéridos (mg/dl)	<150	>200
Presión arterial (mmHg)	≤130/80	>140/90
IMC =Kg/m2	IMC<27	IMC>30

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

HIPOTESIS

SI LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS T2 SE LES PROPORCIONA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ENTONCES SE ESPERA UN BUEN CONTROL METABÓLICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

GENERAL

Identificar si la educación para la salud que se imparte al paciente diabético influye para mantener un buen control metabólico.

ESPECIFICOS

- ❖ Identificar si la actitud del paciente diabético hacia su enfermedad se modifica mediante la educación para la salud.
- ❖ Conocer si la educación para la salud logra adherencia al tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar # 21, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación 4; ubicado en Avenida Francisco del Paso y Troncoso # 280, Delegación Venustiano Carranza.

El estudio fue:

TRANSVERSAL: Se realizó la recolección de datos en un tiempo definido.

OBSERVACIONAL: Las variables están fuera de mi control, no hubo manipulación de variables.

RETROSPECTIVO: Se observó un fenómeno (variable dependiente) e identificaré los sucesos previos, antecedentes y/o causas (variable independiente).

COMPARATIVO: Se tomaron dos grupos y se observara la manifestación del fenómeno en cada uno de ellos comparativamente.

La población estudiada fue de 84 pacientes de los cuales 41 habían recibido educación para la salud 21 pertenecientes al modulo de Trabajo Social y 20 al modulo de investigación en DM T2; y 43 pacientes sin educación para la salud elegidos al azar en la sala de espera de la consulta externa diaria de ambos turnos; todos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2, entre edades de 40 a 70 años, siendo todos derechohabientes de la UMF # 21.

Los criterios establecidos para la selección de la población en este estudio fueron los siguientes: Pacientes de 40 a 70 años de edad, portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 con menos de 10 años de evolución, de ambos sexos, que deseaban cooperar en el estudio, que acudieron a la

consulta de control de su patología en el periodo comprendido de junio a septiembre del 2002, siendo todos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar # 21.

La población en estudio fue seleccionada por el método probabilístico no aleatorio: se acudió a los diferentes consultorios de medicina familiar que constituyen la unidad, ambos turnos y se identificó a los pacientes citados a control de Diabetes Mellitus Tipo 2 con el apoyo de la señorita asistente medica, se consulto la hoja de citas 4-30-6, para identificar al paciente; a si mismo se solicito a trabajo social y al modulo de investigación en DM la lista de pacientes que habian recibido educación para la salud en los grupos de apoyo; con la colaboración de la Srta. Alma Hernández de Trabajo Social y la Dra. Bertha López Castillejos ya que eran las encargadas de formar los grupos de pacientes con DMT2; solicitando de forma verbal su consentimiento a los pacientes para la aplicación del cuestionario, explicándoles el motivo por el cual se realizó el estudio. Se tomaron del expediente las los parámetros siguientes: Peso y talla para cálculo de IMC, Hemoglobina Glucosilada reciente, 4 últimas glicemias en ayuno, Última cifra de tensión arterial, niveles de colesterol y triglicéridos.

El cuestionario que se aplico consta de 24 preguntas de opción múltiple relacionada con los conocimientos que tiene el paciente acerca de la DM, ya validado: cuestionario ECODI (escala de conocimientos sobre la Diabetes) de Bueno y Cols. de la revista de atención primaria. La evaluación del cuestionario fue calificada con la escala siguiente de acuerdo al numero de respuestas correctas: 1-8 (33.3%) Mala; 9-16 (66.6%) Regular y 17-24 (100%) Buena. Los cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad, se eliminaron ya que no cubrían los requerimientos del análisis.

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

VARIABLES

Variable Dependiente:

- Control Metabólico de la DM.

Variable Independiente:

- Educación para la salud

Variables Universales:

- Edad
- Sexo
- Tiempo de evolución de la DM
- TA
- IMC
- Año de estudio escolarizado
- Dislipidemia

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

VARIABLES	DEF. CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
DEPENDIENTE CONTROL GLUCEMICO DE LA D. M.	Estabilizar productos del metabolismo (Hb glucosilada y Glucosa)	*Mantener las cifras de glucosa en ayuno entre 80-110 mg/dl *Mantener las cifras de Hb glucosilada entre el 6-8 %	*Hb GLUCOSILADA B = Bueno 2.5-5.9% R = Regular 6-7.9% M = Malo \geq 8 % *GLUCEMIA EN AYUNO B=Bueno 80-110mg. R=Regular 111-125mg. M=Malos \geq 126mg.	Cuantitativa discreta Cualitativa nominal
INDEPENDIENTE EDUCACION PARA LA SALUD	Conocimientos recibidos en materia de salud, que concientizan e influyen en actitudes para mejora de la salud.	Tener conocimiento sobre la DM y por ende un mejor control glucemico. Aplicar escala de conocimientos ECODI de Bueno y Cols. ⁽²¹⁾	Respuestas correctas al cuestionario B=Bueno 1-8 R= Regular 9-16 M=Malos 17-24	Cualitativa ordinal

Tesis de
FALLA DE
EN

VARIABLES UNIVERSALES

EDAD

Definición conceptual: Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional: Tiempo transcurrido hasta el momento actual.

Indicadores: Años, meses, días, horas

Tipo de Variable: Cuantitativa continúa.

SEXO

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra (lo masculino de lo femenino).

Definición operacional: Basada principalmente en los órganos sexuales.

Indicadores: Masculino y/o Femenino

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DM

Definición conceptual: Periodo comprendido desde el inicio de la enfermedad hasta el momento actual.

Definición operacional: Tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la fecha.

Indicadores: años, meses y días

Tipo de Variable: Cuantitativa continua

TESIS CON
FALLA DE
EN

TA

Definición conceptual: la fuerza que la sangre ejerce en todas direcciones de un área determinada, base para mantener un movimiento estable de la sangre desde el corazón a través del organismo, y de regreso al corazón.

Definición operacional: Tomar las cifras de control y descontrol de TA.

Indicadores: Controlada y Descontrolada.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

IMC

Definición conceptual: Peso corporal en Kg., dividido por la altura en metros cuadrados.

Definición operacional: Se peso y medio a las personas encuestadas en las básculas del consultorio.

Indicadores: Numérica.

Tipo de Variable: Cuantitativa discontinua.¹⁶

AÑOS DE ESTUDIO ESCOLARIZADO

Definición conceptual: Número promedio de años lectivos aprobados en instituciones de educación formal en los niveles primario, secundario y superior universitario, superior no universitario y postgrado por las personas de una determina edad.

Definición operacional: Numero de años cursados y aprobados.

Indicadores: 1, 2, 3, 4, 5, 6, etc.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

TESIS CON
FALLA DE EMERGEN

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Definición conceptual: Estrato de personas con posición y prestigio similares; se determina basándose en criterios como el nivel de educación, la ocupación, los ingresos y de acuerdo al salario mínimo.

Definición operacional: Basada principalmente en los ingresos económicos.

Indicadores: Baja, media y alta.

Tipo de Variable: Cualitativa ordinal

SALARIOS
<1 Baja
1-2 Media Baja
3-4 Media
>5 Alta

DISLIPIDEMIA

Definición conceptual: Alteración en los lípidos, caracterizada principalmente por hipertrigliceridemia con HDL bajas y LDL más pequeñas y compactas.

Definición operacional: Alteraciones en el metabolismo de los lípidos

Indicadores: hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

COLESTEROL	TRÍGLICERIDOS
<200mgrs deseable	<165 mgrs normal
201-239mgrs valor límite	>165 mgrs elevado
>240 mgrs elevado	

TESIS CON
FALLA DE CEN

DISEÑO ESTADÍSTICO:

La población de estudio fue de pacientes con DM2. Se formaron 2 grupos: 1) De los diferentes consultorios (ambos turnos de la unidad) sin educación para la salud. 2) Pacientes que asistan a los grupos de apoyo de la unidad y del programa de investigación en diabetes durante el periodo comprendido junio a septiembre del 2002 siendo todos derechohabientes de la unidad de Medicina Familiar # 21 del IMSS.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Total de pacientes diabéticos de la UMF # 21 del IMSS 2842 y el tamaño de la muestra se obtuvo considerando la siguiente fórmula¹⁷⁻¹⁸:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

n = Muestra calculada necesaria desde punto de vista estadístico.

N= Universo de trabajo (2842 personas diabéticas).

Z= Nivel de significancia, 0.05 = 1.96 en ambas colas de la curva de distribución normal

P= Características de la población de interés 65%

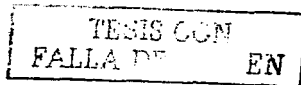
q = Características complementarias 35%

d= Precisión con la que se midieron los resultados.

$$n = \frac{(2842) (3.84) (0.65) (0.35)}{(0.01) (2841) + (3.84) (0.65) (0.35)}$$

$$n = \frac{2482.77}{29.28}$$

n= 84.79 n= 84 PACIENTES COMO MINIMO.



RESULTADOS

Se aplicaron 85 cuestionarios de los cuales se excluyo 1, por no cubrir los requerimientos. Se realizo la captura de toda la información, utilizando el programa SPSS 10 y se proceso la información en computadora personal.

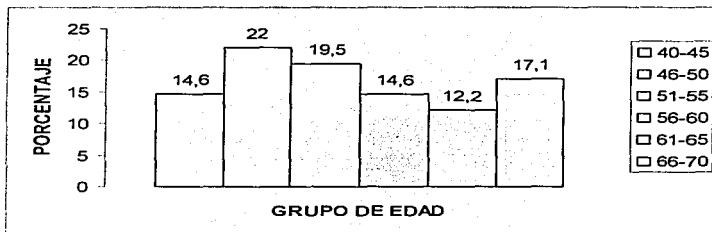
En primer lugar se realizó un estudio descriptivo de las variables medidas. Para las variables cuantitativas se calculo como estadística de tendencia central la mediana y la media y como medida de dispersión la desviación estándar así como su rango. En cuanto a las variables cualitativas (nominal u ordinal) se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes de cada categoría.

Se aplicaron un total de 85 cuestionarios a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de los cuales se elimino 1 ya que al momento de revisar su expediente no contaba con resultados de laboratorio.

LEIS CON
FALLA DE CALLEN

De acuerdo a los datos de identificación se encontró que la distribución en los pacientes con educación para la salud que pertenecen al modulo de diabetes y al grupo de trabajo social de la UMF # 21 del IMSS es de la siguiente manera: 23 fueron del sexo femenino (56.1%) y 18 del sexo masculino (43.9%), con un total de 41 pacientes, la edad promedio fue de 55.12 años, con una desviación estándar de 9.17 y un rango de 40-70 años.

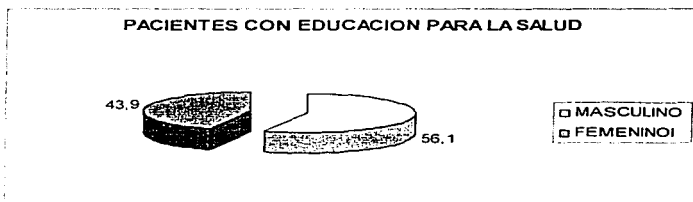
FIGURA 1 Grupos de edades de pacientes con DMT 2 con educación para la salud UMF # 21 periodo enero-diciembre 2002.



N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

FIGURA 2. Distribución por sexo de grupo de pacientes con educación para la salud.



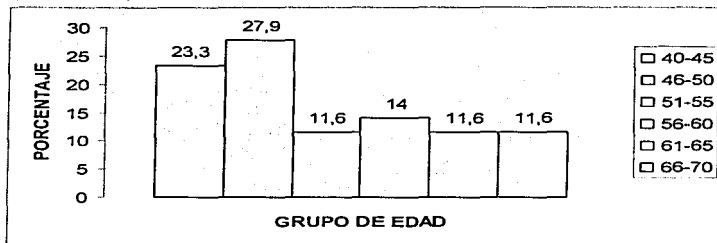
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE ... EN

En el grupo de pacientes sin educación para la salud se encontraron 24 del sexo femenino (55.8%) y 19 del sexo masculino (44.2%), con un total de 43 pacientes, la edad promedio fue de 52.74, con una desviación estándar de 9.54 y un rango de 40-70 años.

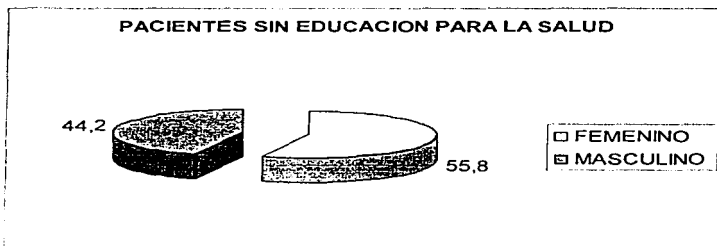
FIGURA 3 Grupos de edades de pacientes con DMT 2 sin educación para la salud de la UMF # 21 periodo comprendido de enero a diciembre del 2002.



N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

FIGURA 4. Distribución por sexo de grupo de pacientes sin educación para la salud.



N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD EN

El Índice de Masa Corporal en los pacientes con educación para la salud promedio fue de 30.80, con una mediana de 29.20, con una desviación estándar de 6.06 y un rango de 22.0 a 48.

En el cuadro 1 se muestran los valores del índice de masa corporal de acuerdo a la NOM de 1994.

CUADRO 1. Índice de Masa corporal en la población de pacientes con DMT 2 y con educación para la salud de la UMF # 21 del IMSS

Valor del Índice de Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
17.1-20.0 Bajo peso	0	0
20.1-25 Normal	7	17.1
25.1-27 Sobrepeso	2	4.9
27.1-29.9 Obesidad Grado 1	13	31.7
30-39.9 Obesidad Grado 2	15	36.6
40 y + Obesidad Grado 3	4	9.8
TOTAL	41	100%

N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

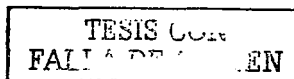
El Índice de Masa Corporal en los pacientes sin educación para la salud promedio fue de 32.18, con una mediana de 30.80, con desviación estándar de 6.26 y rango de 22.0 a 54.9. En el cuadro 2 se muestran los valores del índice de masa corporal de acuerdo a la NOM de 1994.

CUADRO 2. Índice de Masa corporal en la población de pacientes con DMT 2 y sin educación para la salud de la UMF # 21 del IMSS

Valor del Índice de Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
17.1-20.0 Bajo peso	0	0
20.1-25 Normal	2	4.7
25.1-27 Sobrepeso	2	4.7
27.1-29.9 Obesidad Grado 1	14	32.6
30-39.9 Obesidad Grado 2	21	48.8
40 y + Obesidad Grado 3	4	9.3
TOTAL	43	100%

N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21



En la Población de pacientes con DMT 2 y con educación para la salud se encuentra que en cuanto al estado civil el 63.4% de la población es casada, el 4.9% son solteros, los que viven en unión libre el 7.3%, separados el 2.4%, divorciados 2.4% y viudos el 19.5%.

La escolaridad referida en la población con educación para la salud fue 4.9% analfabeta, 48.8% primaria, el 20.2% secundaria, 17.1% preparatoria y el 12.2% nivel licenciatura.

En la Población de pacientes con DMT 2 y sin educación para la salud se encuentra que en cuanto al estado civil el 72.1% de la población es casada, el 2.3% son solteros, los que viven en unión libre el 9.3%, divorciados 2.3% y viudos el 14%.

La escolaridad referida en la población sin educación para la salud fue 2.3% analfabeta, 51.2% primaria, el 20.2% secundaria, 16.3% preparatoria y el 9.3% nivel licenciatura.

CUADRO 3. Frecuencia y porcentaje de la ocupación encontrada en la población con educación para la salud en la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de enero a diciembre del año 2002.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	19	46.3
Obrero	5	12.2
Técnico	1	2.4
Profesionista	2	4.9
Comerciante	3	7.3
Jubilado ó pensionado	3	7.3
Empleado	8	19.5
Total	41	100%

N: 41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA EN

CUADRO 4. Frecuencia y porcentaje de la ocupación encontrada en la población sin educación para la salud en la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de enero a diciembre del año 2002.

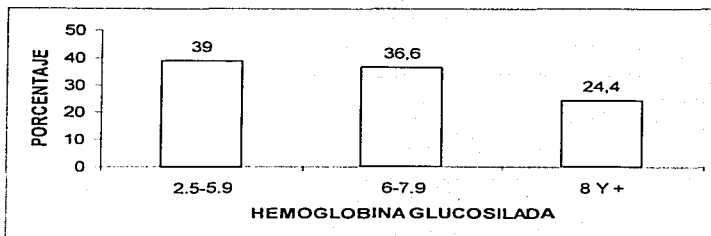
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	19	44.2
Obrero	6	14
Técnico	1	2.3
Profesionista	2	4.7
Comerciante	5	11.6
Jubilado ò pensionado	3	7.0
Empleado	7	16.3
Total	43	100%

N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

El promedio de las cifras de la toma de Hemoglobina Glucosilada en el grupo de pacientes con educación para la salud encontrada fue 6.5%, con una mediana de 6% con un rango de 4.8% y 9.7%, con desviación estándar 1.23.

FIGURA 5 Porcentaje de HB Glucosilada en pacientes con DMT 2 con educación para la salud de la UMF # 21 del periodo comprendido de enero a diciembre del 2002.



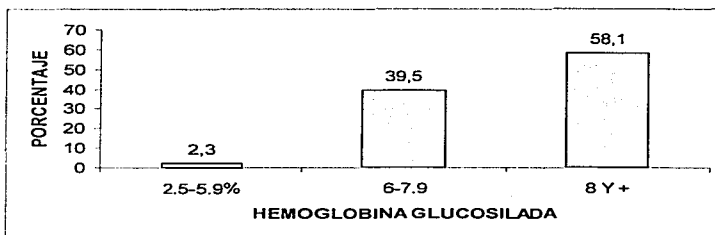
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE
EN

El promedio de las cifras de la toma de Hemoglobina Glucosilada en el grupo de pacientes sin educación para la salud encontrada fue 8,19%, con una mediana de 8.1% con un rango de 6.2% y 10.8%, con desviación estándar 1,00.

FIGURA 6 Porcentaje de HB Glucosilada en pacientes con DMT 2 sin educación para la salud de la UMF # 21 del periodo comprendido de enero a diciembre del 2002.



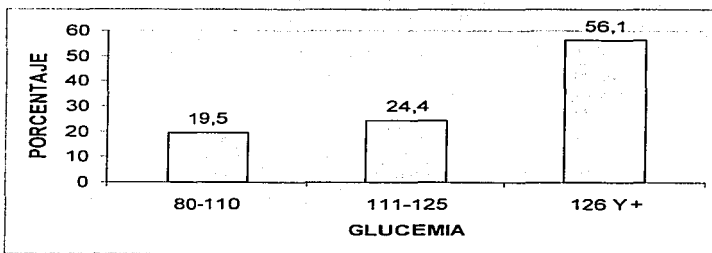
N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE ... EN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de Junio del 2002 en pacientes con educación para la salud encontrada fue de 145.6mgrs, con una mediana de 134 y un rango de 88 a 327 mgrs, con una desviación estándar 49.40.

FIGURA 7 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 con educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de Junio del 2002.



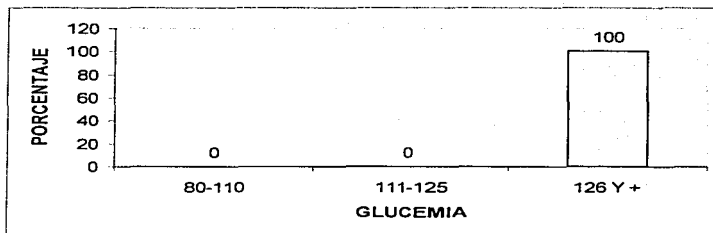
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE ... EN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de Junio del 2002 en pacientes sin educación para la salud encontrada fue de 189.7mgrs. con una mediana de 170 y un rango de 129 a 380mgrs. con una desviación estándar 59.58.

FIGURA 8 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 sin educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de Junio del 2002.



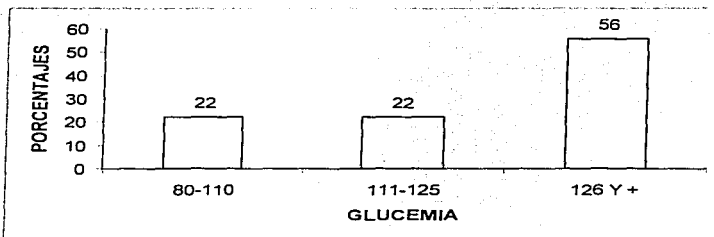
N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE CEN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de Julio del 2002 en pacientes con educación para la salud encontrada fue de 149.5mgrs. con una mediana de 131 y un rango de 85 a 459 mgrs. con una desviación estándar 67.93.

FIGURA 9 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 con educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de Julio del 2002.



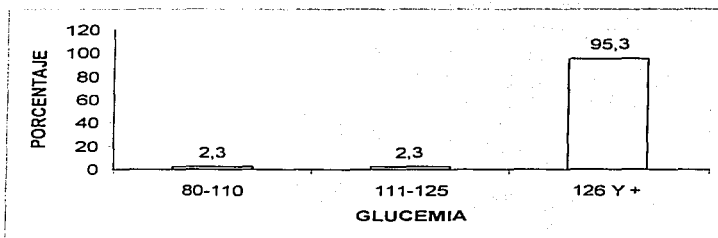
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE
EN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de Julio del 2002 en pacientes sin educación para la salud encontrada fue de 193.8mgs. con una mediana de 180 y un rango de 99 a 396mgs. con una desviación estándar 59.37.

FIGURA 10 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 sin educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de Julio del 2002.



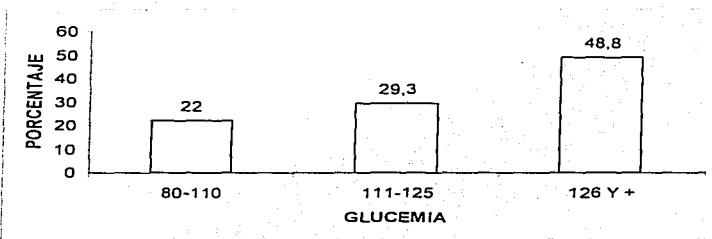
N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE
GEN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de agosto del 2002 en pacientes con educación para la salud encontrada fue de 146,2mgrs. con una mediana de 125 y un rango de 79 a 385mgrs. con una desviación estándar 58,16.

FIGURA 11 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 con educación para la salud de la UMF # 21. en el mes de agosto del 2002.



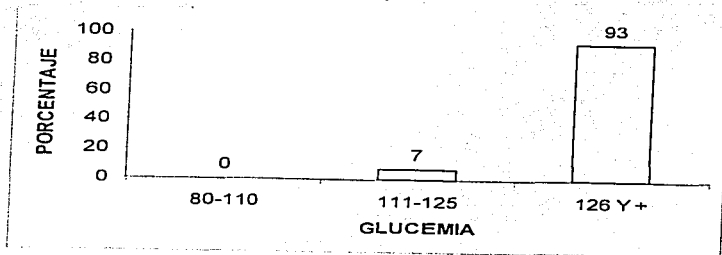
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE EN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de agosto del 2002 en pacientes sin educación para la salud encontrada fue de 192.1mgrs. con una mediana de 177 y un rango de 111 a 386mgrs. con una desviación estándar 58.08.

FIGURA 12 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 sin educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de agosto del 2002.



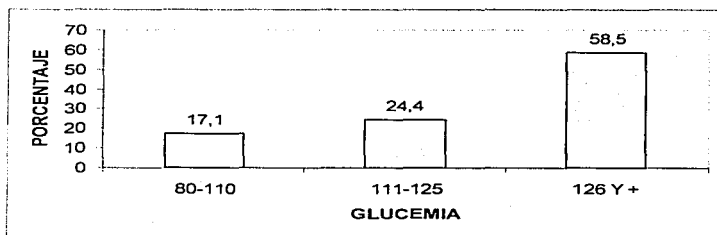
N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE CUMPLIMIENTO

El promedio de las cifras de glucemia del mes de septiembre en pacientes con educación para la salud encontrada fue de 139.07mgrs, con una mediana de 132 y un rango de 70 a 374mgrs, con una desviación estándar 53,96.

FIGURA 13 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 con educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de septiembre del 2002.



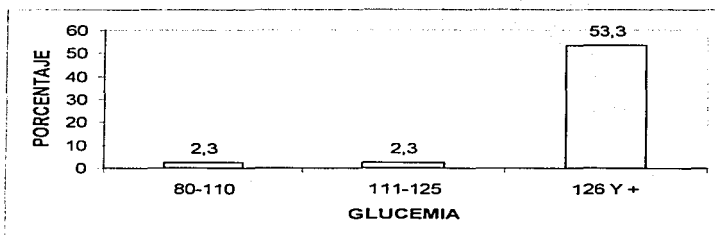
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS
FALIA DE SEN

El promedio de las cifras de glucemia del mes de septiembre del 2002 en pacientes sin educación para la salud encontrada fue de 192,4mgrs. con una mediana de 177 y un rango de 104 a 417mgrs. con una desviación estándar 59.85.

FIGURA 14 Porcentaje de Glucemia preprandial de los pacientes con DMT 2 sin educación para la salud de la UMF # 21, en el mes de septiembre del 2002.



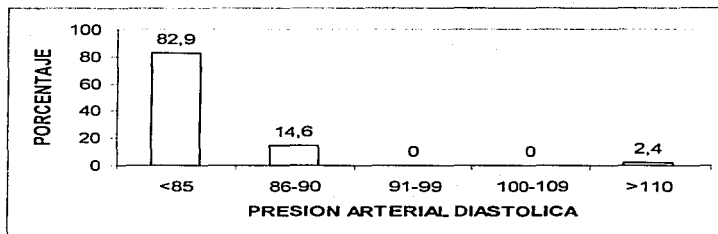
N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALTA DE
LEN

El promedio de las cifras de la toma de presión arterial encontrada en el grupo de pacientes con DMT 2 con educación para la salud fue de 78.41 mmHg de presión arterial diastolica, con una mediana de 80 mmHg y un rango de 60-110 mmHg, con desviación estándar de 9.04.

FIGURA 15 Porcentaje de presión arterial diastolica de los pacientes con educación para la salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21. en el periodo de septiembre del año 2002.



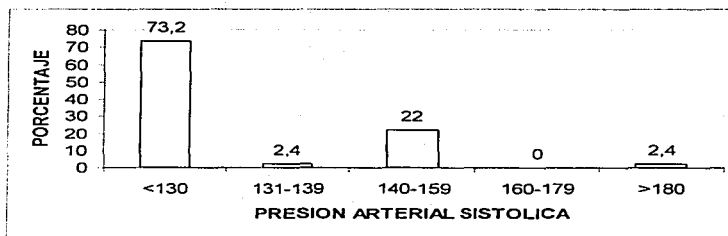
N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE CONTEN

El promedio de las cifras de la toma de Presión arterial encontrada en el grupo de pacientes con DMT 2 con educación para la salud fue de 125mmhg, de presión arterial sistólica con una mediana de 120 y un rango de 100 a 180mmhg, con desviación estándar de 15.51.

FIGURA 16 Porcentaje de presión arterial sistólica de los pacientes con educación para la salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de septiembre del año 2002.



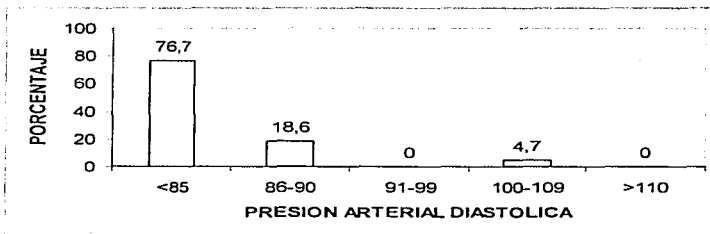
Nº 41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALSA D^{TA} EN

El promedio de las cifras de la toma de presión arterial encontrada en el grupo de pacientes con DMT 2 sin educación para la salud fue de 79.19 mmHg de presión arterial diastólica, con una mediana de 80mmhg y un rango de 70-100 mmHg, con desviación estándar de 8,72.

FIGURA 17 Porcentaje según cifras de presión arterial diastólica de los pacientes sin educación para la salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de septiembre del año 2002.



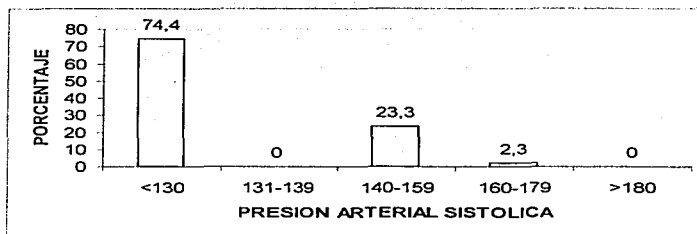
Nº43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS COMPLETA
FALLA DE ENTREGA EN

El promedio de las cifras de la toma de Presión arterial encontrada en el grupo de pacientes con DMT 2 sin educación para la salud fue de 124.42mmhg, de presión arterial sistólica con una mediana de 120 y un rango de 100 a 160mmhg, con desviación estándar de 13.51.

FIGURA 18 Porcentaje según cifras de presión arterial sistólica de los pacientes sin educación para la salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de septiembre del año 2002.



N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

CUADRO 5 Frecuencia y porcentaje de colesterol encontrado en los pacientes con DMT2 con educación para la salud, encuesta realizada en la UMF # 21 del IMSS septiembre 2002.

COLESTEROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<200mgrs deseable	16	39
201-239mgrs valor limite	11	26,8
>240 mgrs elevado	14	34,1
TOTAL	41	100%

N= 41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS COL.
FALLA DE COL. EN

CUADRO 6 Frecuencia y porcentaje de triglicéridos encontrado en pacientes con DMT 2 con educación para la salud, encuesta realizada en UMF # 21 IMSS septiembre 2002.

TRIGLICERIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<165 mgrs normal	17	41.5
>165 mgrs elevado	24	58.5
TOTAL	41	100%

N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

CUADRO 7 Frecuencia y porcentaje de salario mínimo y nivel socioeconómico encontrado en los pacientes con DMT 2 con educación para la salud, encuesta realizada en la UMF # 21 del IMSS septiembre 2002.

SALARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<1 Baja	1	2.4
1-2 Media Baja	17	41.5
3-4 Media	17	41.5
>5 Alta	6	14.6
TOTAL	41	100%

N=41

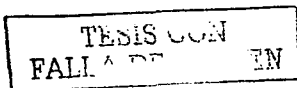
Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

CUADRO 8 Frecuencia y porcentaje de colesterol encontrado en los pacientes con DMT2 sin educación para la salud, encuesta realizada en la UMF # 21 del IMSS septiembre 2002.

COLESTEROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<200mgrs descable	19	44.2
201-239mgrs valor limite	11	25.6
>240 mgrs elevado	13	30.2
TOTAL	43	100%

N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21



CUADRO 9 Frecuencia y porcentaje de triglicéridos encontrado en pacientes con DMT 2 sin educación para la salud, encuesta realizada en UMF # 21 IMSS septiembre 2002.

TRIGLICERIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<165 mgrs normal	16	37.2
>165 mgrs elevado	27	62.8
TOTAL	43	100%

N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

CUADRO 10 Frecuencia y porcentaje de salario mínimo y nivel socioeconómico encontrado en los pacientes con DMT 2 sin educación para la salud, encuesta realizada en la UMF # 21 del IMSS septiembre 2002.

SALARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<1 Baja	1	2.3
1-2 Media Baja	17	39.5
3-4 Media	19	44.2
>5 Alta	6	14.0
TOTAL	43	100%

N=43

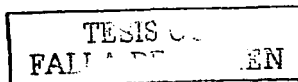
Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

CUADRO 11 Frecuencia y porcentaje del tiempo de evolución encontrado en los pacientes con DMT2 con educación para la salud, encuesta realizada en la UMF # 21 del IMSS septiembre 2002.

EVOLUCION	FRECUNCIA	PORCENTAJE
0-3 Años	26	63.4
4-6 años	11	26.8
7-10 años	4	9.8
TOTAL	41	100%

N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21



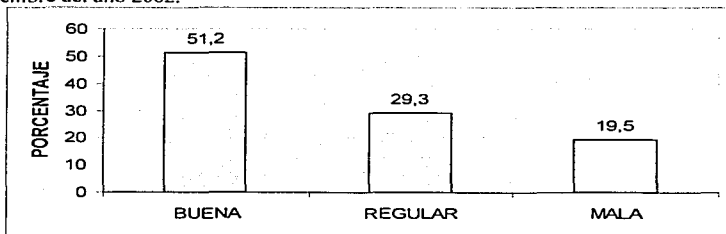
CUADRO 12 Grado de conocimientos de DM de acuerdo a ECODI encontrado en pacientes con educación para la salud, encuesta realizada en UMF # 21 IMSS septiembre 2002.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	21	51,2
REGULAR	12	29,3
MALO	8	19,5
TOTAL	41	100%

N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

FIGURA 19 Grado de conocimientos sobre DM de acuerdo a ECODI encontrado en pacientes con educación para la salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de enero a diciembre del año 2002.



N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

CUADRO 13 Frecuencia y porcentaje del tiempo de evolución encontrado de la DM2 sin educación para la salud, encuesta realizada en la UMF # 21 del IMSS septiembre 2002.

EVOLUCION	FRECUNCIA	PORCENTAJE
0-3 Años	11	25,6
4-6 años	19	44,2
7-10 años	13	30,2
TOTAL	43	100%

N=43

TESIS CON
FALLA DE

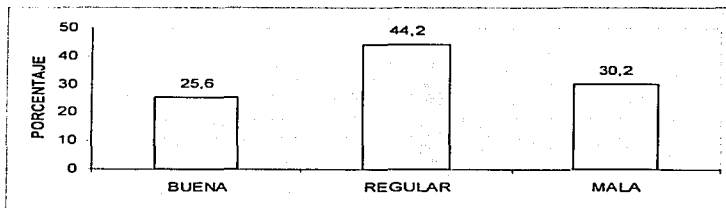
CUADRO 14 Grado de conocimientos sobre DM de acuerdo a ECODI encontrado en pacientes con DMT 2 sin educación para la salud, encuesta realizada en UMF # 21 IMSS septiembre 2002.

TIPO DE EDUCACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	11	25,6
REGULAR	19	44,2
MALO	13	30,2
TOTAL	43	100%

N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

FIGURA 20 Grado de conocimientos de DM respecto a la encuesta ECODI de los pacientes sin educación para la salud de la Unidad de Medicina Familiar # 21, en el periodo de enero a diciembre del año 2002.

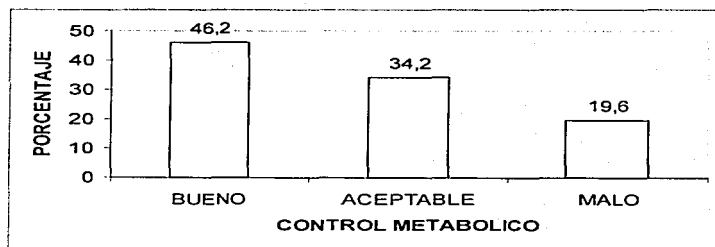


N=43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

De 41 pacientes con educación para la salud 33 (80.4%) se encontraron metabólicamente controlados de acuerdo a la hemoglobina glucosilada de estos: 19 pacientes (46.2%) con cifras normales (2.5-5.9%) y 14 (34.2%) dentro de parámetros aceptables (6-7.9%); tan solo 8 pacientes (19.6%) con un mal control (>8%).

FIGURA 21 Control metabólico en pacientes con educación para la salud, en base a Hemoglobina Glucosilada.

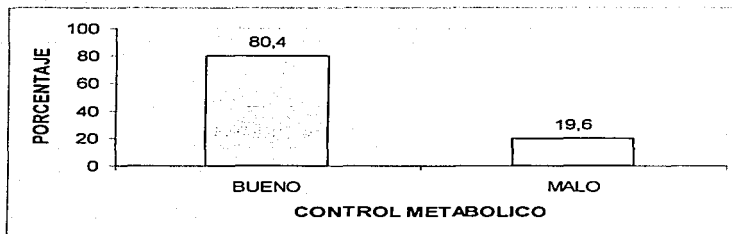


N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS CON
FALLA DE
EN

FIGURA 22 Control metabólico en pacientes con educación para la salud, en base a la Hb glucosilada

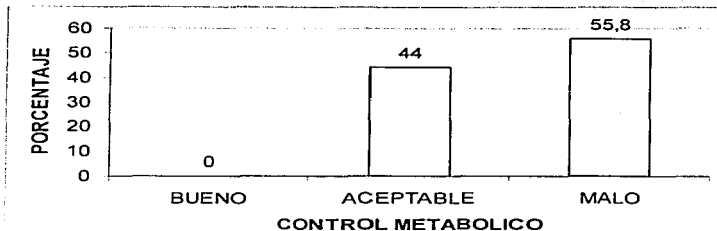


N=41

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

De 43 pacientes sin educación para la salud 19 (44.2%) se encontraron con un control aceptable de acuerdo a la hemoglobina glucosilada (6-7.9%); y 24 pacientes (55,8%) con un mal control (>8%).

FIGURA 23 Control metabólico en pacientes sin educación para la salud, en base a Hemoglobina Glucosilada.



N = 43

Fuente: Cuestionario aplicado en la UMF # 21

TESIS
FALIA DE EN

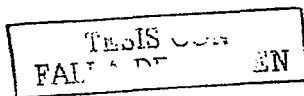
DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de los 2 grupos de pacientes diabéticos con educación para la salud sobre su padecimiento y sin educación para la salud sobre su padecimiento fueron los siguientes:

El grupo 1 que había recibido educación para la salud fue de 41 pacientes de los cuales el 80.6% se encuentra controlados metabólicamente de acuerdo a la hemoglobina glucosilada de los cuales el 46.2% se encontraron con un buen control y el 34.2% con un control aceptable; y tan solo un 19.6% se encontró con un mal control metabólico. En el grupo 2 de 43 pacientes sin educación para la salud se encontró que el 44.2% estaban controlados metabólicamente de los cuales el 100% tenían un control aceptable, y el 55.8% se encontraron con un mal control metabólico.

La distribución por sexo en ambos grupos fue homogénea teniendo en el Gpo 1 56.1% correspondientes al sexo femenino y un 43.9% al sexo masculino; en el Gpo 2 el 55.8% corresponde al sexo femenino y el 44.2% al sexo masculino, los rangos de edad mas encontrados fue de 45-50 años.

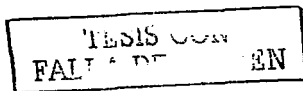
En cuanto al índice de masa corporal se observo que 2 tercios de la población encuestada se encuentran con un grado de obesidad, siendo este un factor de riesgo importante para la presencia y descontrol de la hipertensión, lo que debemos de enfatizar como médicos de primer nivel es educación para la salud en nuestros derechohabientes, en lo que se refiere a una cultura del deporte y llevar una dieta balanceada.



Otro factor de riesgo importante para el descontrol de la hipertensión es el grado de escolaridad, en la población que fue encuestada, se encontró que un tercio tiene un grado de escolaridad primaria.

Aproximadamente la mitad de la población entrevistada su ocupación es ama de casa, debido a que el mayor porcentaje de personas entrevistadas fueron mujeres, esto hace que la ocupación más frecuente es la ya mencionada, también es importante mencionar que casi un cuarto de la población se encuentra pensionada, favoreciendo el sedentarismo, los bajos ingresos que perciben hacen que la calidad de los alimentos no sea adecuada, así mismo el no realizar una actividad puede condicionar en el paciente sobre todo mayor la posibilidad de presentar algún estado de depresión lo que condiciona alteración en la dinámica familiar, y favorecer cifras de presión arterial elevadas.

Los valores de la presión arterial de los pacientes entrevistados se encuentran de acuerdo a la Clasificación de la Norma Oficial Mexicana en la etapa I, lo que habla que no tenemos a nuestros pacientes en un control óptimo, aunque sus cifras sean aceptables, debemos procurar llevarlos a las cifras óptimas de presión arterial para con esto evitar complicaciones futuras y ofrecer una mejor calidad de vida, disminuyendo los costos para la institución y beneficiando al paciente y su familia.



Las actividades de educación para la salud constituyen un aspecto esencial dentro del abordaje terapéutico del paciente con DM2, de manera que, será difícil que el paciente siga nuestras recomendaciones sobre la dieta, actividad física y uso de la medicación, sin que reciba una información adecuada sobre la importancia de estos pacientes y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad.

La DM es una enfermedad que requiere un tratamiento complejo en el que debe intervenir activamente el paciente. Desde su diagnóstico, el diabético deberá realizar una serie de medidas de auto cuidado que incluyen desde el análisis y control de la glucemia y el consiguiente ajuste de la dieta y el tratamiento farmacológico y otros cuidados. Algunos estudios han puesto de manifiesto que, con frecuencia, el mal control metabólico de la DM se debe a errores en la medicación, mala interpretación de los resultados de los autoanálisis y la ignorancia de la enfermedad. En este sentido y cada vez mas, el manejo de la DM esta en manos del propio paciente, actuando los profesionales sanitarios como asesores y colaboradores de este. La educación para la salud pretende mejorar la autonomía del paciente, preparándole para tomar sus propias decisiones y ayudándole a fijarse metas realistas para el tratamiento de su enfermedad.

La educación de las personas con DM puede realizarse de forma individual o en grupo ninguna de estas actividades excluya a la otra, sino que en gran medida son complementarias. Dependiendo la utilización de una u otra del momento, la situación y de las características del paciente.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

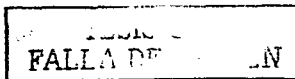
TESIS COL.
FALLA DE CALLEN

La educación individual al adaptarse a las características del paciente puede ser altamente efectiva. Esta medida siempre al inicio de la enfermedad, cuando se comienza tratamiento con insulina y en periodos de descompensación o de estrés en la vida del paciente. La educación en grupo, suele realizarse con posterioridad a las actividades de educación individual, al presentar las ventajas derivadas del importante carácter motivador y reforzador que aportan las técnicas de grupos sobre los individuos que intervienen en las mismas.

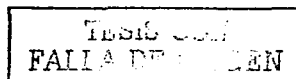
TESIS
FALTA DE EN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bonal P, et al. La medicina de familia como área de conocimiento. Atención Primaria. 1999; 23(3): 151-174.
- 2.-Brown SA: Studies of educational intervention and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. Pat Educ Couns 1990; 16:189-215.
- 3.-Ilabida. Medicina para el Médico del Nuevo milenio, 16; 15: 2001,154-168
- 4.-Asociación Latinoamericana de Diabetes: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2. Suppl. 1; 235-245, 2000.
- 5.-Asociación Colombiana de Diabetes. Manual del participante "Educando al Educador" programa de formación de educadores en Diabetes. Bogotá, Jun; 168-215. 1999
- 6.-Pérez Pasten E. Manual para el paciente con Diabetes Mellitus. México D. F.; 17: 13-33 1997.
- 7.-Schneider SH, Khachadurian AK, Amorosa LF et al: Ten-year experience with an exercise-based out-patient life-style modification program in the treatment of diabetes mellitus. Diab Care 1992; 15:1800-1810.
- 8.-Portocarreño J, et al. Programa de educación a pacientes Diabeticos DIAFE. Bogota 1999.
- 9.-King H, Aubert R, Herman W: Global burden of diabetes. 1995-2025. Diab Care 1998; 21:1414-1431.



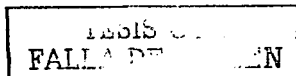
- 10.-Aschner P, de Sereday M: El creciente papel que desempeña el Grupo Latinoamericano de Epidemiología de la Diabetes (GLED). IDF Bulletin 1997; 42:14-17.
11. - ADA: Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diab Care 1998; 21(suppl1) S5-S19.
12. - WHO Consultation: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. WHO 1999; 2:18-45.
13. - Meltzer S, Leiter L, Daneman D et al: 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. Canad Med Assoc J 1998; 159 (suppl 8):S1-S29.
- 14.- The diabetes control and complications trial research group: the effect of the intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. New Engl J Med 1993; 329:977-986.
- 15.-American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. (Position Statement). Diabetes Care 2002; 25 (suppl.1): S33-49.
- 16.-Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la Obesidad.
- 17.- Rojas SR. Guía para realizar Investigaciones Sociales. Octava edición. México. Edit. Plaza y Valdés Editores. 1991: 163-184.
- 18.- De Canales F. Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 8ª Reimpresión. México. Editorial Limusa 1994: 45-103.



19.- De Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 8ª Reimpresión. México. Editorial Limusa 1994: 45-103.

20.- Ley General de Salud, SSA. Título segundo, capítulo 1 artículo 17. Diario oficial de la Federación 1984.

21.-Escala de conocimientos en Diabetes Mellitas. Bueno y Cols. Revista de atención primaria a la salud 1993; 2:78-82.



A N E X O

TRINIDAD
FALTA DE EN

NOMBRE: _____ EDAD: _____ AÑOS. SEXO: MASC () ; FEM ().
No AFILIACIÓN: _____ CONS: _____ TURNO: _____ FECHA: _____
PESO: _____ KG. TALLA: _____ MTS. MC: _____ OCUPACIÓN: _____ EDO
CIVIL: _____
HB GLUC: _____ ; GLUCOSA: JUN _____, JUL _____, AGO _____, SEP _____
TA _____ / _____ MMHG
ESCOL: ANALFABETA (), PRIM. (), SEC. (), PREPA. (), LICENCIATURA ().

**CUESTIONARIO ECODI (ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES)
DE BUENO Y COL.**

ATENCIÓN PRIMARIA 1993; 11: 344-349.

1. La insulina es:

- a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (glucosa) en la sangre.
- b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
- c) Una sustancia que segregamos en el organismo (páncreas) para regular el azúcar (glucosa) en la sangre.
- d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar [o glucosa] en sangre son:

- a) 30-180.
- b) 80-126.
- c) 126-170.
- d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, aumento de apetito, debilidad, sueño, pérdida de peso ¿qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por:

- a) Demasiada insulina.
- b) Demasiada comida.
- c) Demasiado ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, dolor de cabeza, visión borrosa, palpitaciones, ansiedad.... ¿qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

TESIS
FAI T A D E EN

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:

- a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
- c) Poco ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?

- a) Tres: desayuno, comida y cena.
- b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- c) Comer siempre que tenga hambre.
- d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y bollerías.
- c) Legumbres (p. Ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. Ej.: macarrones).
- d) No sabe/no contesta.

9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer pero no debe abusar el diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y bollería.
- c) Legumbres y pastas alimenticias.
- d) No sabe/no contesta.

10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:

- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
- b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
- c) No satisfacer el apetito.
- d) No sabe/no contesta.

11. Una buena fuente de fibra es:

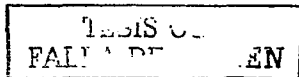
- a) Carne.
- b) Verdura.
- c) Yogurt.
- d) No sabe/no contesta.

12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:

- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Seguir bien la dieta.
- c) Inyectarse insulina.
- d) No sabe/no contesta.

13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?

- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
- b) El peso apropiado favorece la estética ("la buena figura").



- c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
- d) No sabe/no contesta.

14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted:

- a) Está prohibida.
- b) Es beneficiosa.
- c) No tiene importancia.
- d) No sabe/no contesta.

15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?

- a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
- b) Todos los días, de forma regular, tras una comida.
- c) Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
- d) No sabe/no contesta.

16. Con el ejercicio físico:

- a) Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
- b) Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
- d) No sabe/no contesta.

17. El ejercicio es importante en la diabetes porque:

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:

- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
- b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
- c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
- d) No sabe/no contesta.

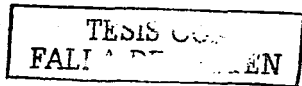
19. ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?

- a) Una vez al día.
- b) Cuando se bañe o duche.
- c) Cuando le suden o huelan.
- d) No sabe/no contesta.

20. ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre sus dedos?

- a) Todos los días.
- b) Una vez a la semana.
- c) Cuando se acuerde.
- d) No sabe/no contesta.

21. ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?



- a) Ir a la farmacia a comprar algún producto que lo cure.
- b) Consultarlo con su médico o enfermera.
- c) Curarlo con lo que tenga por casa.
- d) No sabe/no contesta.

22. ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas al dentista?

- a) Para evitar infecciones que pueden ser causa de un mal control del azúcar (o glucosa).
- b) Para masticar mejor los alimentos y hacer mejor la digestión.
- c) Para evitar el mal aliento.
- d) No sabe/no contesta.

23. Lo más importante en el control de la diabetes es:

- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
- b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
- c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
- d) No sabe/no contesta.

24. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:

- a) El Azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
- b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
- c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
- d) No sabe/no contesta.

TESIS CON.
FALLA DE ... EN