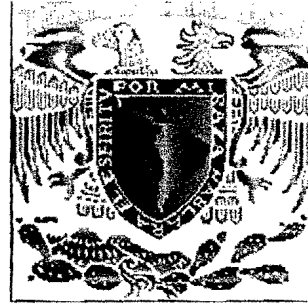


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.



FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No.120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2006.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
P R E S E N T A:
CRUZ SAUCEDO ELSA.

DIRECTOR DE TESIS:
MTRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ.

MÉXICO D.F

ABRIL 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

JEFATURA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA

ASUNTO: Aceptación del trabajo de la prueba
escrita.

**JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo
correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la(él) pasante

ELSA CRUZ SAUCEDO

con número de cuenta 401066067 de la carrera de Enfermería, bajo
el título FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DEFICIT DE AUTOCUIDADO
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F.

No. 120 DEL IMSS, 2006.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 22 DE ENERO 2007.

MTRA. MARIA SUSANA GONZALEZ VELAZQUEZ.

Nombre y firma del Director de Prueba Escrita

DRA. TERESA CUAMATZI PEÑA.

Vo. Bo. Jefa de la Carrera

Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación
por parte de los Sinodales para el Examen Profesional Oral.

C.c.p. Servicios Escolares
C.c.p. Jefa de la carrera
C.c.p. Alumno



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Comunico a usted que la **Prueba escrita** en la modalidad T e s i s -
de la(e)l C. CRUZ SAUCEDO ELSA con
número de cuenta 401066067 de la carrera **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**
ha sido revisado y tiene el visto bueno de los integrantes del Jurado:

PRESIDENTE
MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

VOCAL
MTRA. MARIA SUSANA GONZALEZ VELAZQUEZ

SECRETARIO
DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA

SUPLENTE
LIC. AMELIA CRUZ FUENTES

SUPLENTE
LIC. MARTHA PATRICIA TORNERO LAGUNES
DE ESTUDIOS



C.c.p. Secretaría Técnica de la **Carrera** **ZARAGOZA**

o o o



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis - -
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN PA-
Con el título CIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO2, DE LA UMF No.120 DEL IMSS, 2006.
preparada por la(e) alumna(o) CRUZ SAUCEDO ELSA
con número de cuenta 401066067 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(e) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., 30 de enero de 2007.

PRÉSIDENTE

Silvia Crespo Knöfel
MTRA. SILVIA CRESPO KNÖFEL

SECRETARIA TÉCNICA
ENFERMERIA

ooo



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

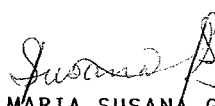
C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis - -
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DEFICIT DE AUTOCLUIDADO EN PACIENTES CON
Con el título DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No. 120 DEL IMSS, 2006
preparada por la(el) alumna(o) CRUZ SAUCEDO ELSA
con número de cuenta 401066067 de la carrera de **Licenciado en
Enfermería**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., 30 de enero de 2007
DE ESTUDIOS
V O C A L


MTRA. MARIA SUSANA GONZALEZ VELAQUEZ
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

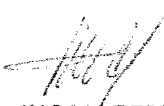
C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis -
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DEFICIT DE AUTO-CUIDADO EN PACIENTES CON
Con el título DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA UMF No. 120 DEL IMSS, 2006.
preparada por la(e) alumna(o) CRUZ SAUCEDO ELSA
con número de cuenta 401066067 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(e) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., 30 de enero de 2007
SECRETARIO DE ESTUDIOS


DRA. MARIA TERESA CUAMATZOC PEÑA
SECRETARIA TECNICA
ENFERMERIA

ooo



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DEFICIT DE AUTOGLUCOSA EN PACIENTES CON
Con el título DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No. 120 DEL IMSS, 2006
preparada por la(e) alumna(o) CRUZ SAUCEDO ELSA

con número de cuenta 401066067 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(e) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., 30 de enero de 2007

SUPLENTE
Amelia Cruz Fuentes
LIC. AMELIA CRUZ FUENTES
SECRETARÍA TÉCNICA
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad Tesis - - -
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
Con el título DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No. 120 DEL IMSS, 2006
preparada por la(el) alumna(o) CRUZ SAUCEDO ELSA

con número de cuenta 401066067 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., 30 de enero de 2007

SUPLENTE
DE ESTUDIOS
FACULTAD SUPERIORES
ZARAGOZA
LÍC. MARTHA PATRICIA TORNERO LAGUNES
ENFERMERÍA

ooo

DEDICATORIAS.

A Dios: Por haberme permitido terminar mi carrera y mi tesis.

A mi Madre: Por su apoyo y confianza incondicional en mi vida.

A mis amigas: Alma, Berenice, Guadalupe y Alicia, por su apoyo y confianza incondicional en mi vida.

A mi sobrino: José Natanael Pérez Cruz por enseñarme que la vida continua a pesar de la calamidad.

AGRADECIMIENTOS.

A la Mtra. María Susana González Velásquez quién fue mi asesora de tesis, la cual con su experiencia me orientó en la realización de la misma.

A la Mtra. Silvia Crespo Knofler quién con sus comentarios y observaciones enriquecieron mi tesis.

A la Mtra. María Teresa Barrón Tirado Jefe del departamento de investigación de la U.M.F. No.120 del IMSS así como a la **Lic. en Enfermería María Elena Jurado Beristáin** por brindarme todo su apoyo durante el servicio social y durante el desarrollo de la tesis.

A todo el personal de la U.M.F. No. 120 del IMSS por su apoyo y comprensión durante mi servicio social y el desarrollo de la tesis.

A mis maestros por mostrarme sus conocimientos durante el tiempo que durarán mis estudios de enfermería.

A todos los derechohabientes que participaron en este estudio, por su apoyo y disponibilidad en la realización del presente trabajo.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACION.....	3
1.- EXPOSICIÓN GENERAL (CAPITULADO)	
1.1. Marco teórico.....	5
1.1.1. Concepto de diabetes mellitus.....	5
1.1.2. Clasificación.....	5
1.1.3. Signos y síntomas.....	6
1.1.4. Tratamiento.....	6
1.1.4.1. Tratamiento farmacológico.....	6
1.1.4.2. Tratamiento no farmacológico.....	12
1.1.2. Adherencia terapéutica.....	26
1.1.2.1. Concepto.....	26
1.1.2.2. Factores que influyen a la adherencia terapéutica.....	26
1.1.2.3. Falta de adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus.....	27
1.1.3. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado.....	29
1.1.3.1. Teoría del autocuidado.....	29
1.1.3.2. Teoría del déficit de autocuidado.....	32
1.1.3.3. Teoría de sistemas enfermeros.....	34
1.1.4. Depresión.....	36
1.1.4.1. Concepto.....	36
1.1.4.2. Causas.....	36
1.1.4.3. Cuadro clínico.....	37
1.1.4.4. Depresión en la edad senil.....	39
1.1.5. La familia.....	40
1.1.5.1. Tipos de familias.....	40
1.1.5.2. Relaciones interpersonales en la vejez.....	43
1.1.5.3. Las personas mayores con salud delicada.....	48
1.1.6. Estado del arte.....	51
1.1.6.1. Investigaciones relacionadas con el tema de investigación.....	51
2.- Planteamiento del problema.....	58
3.- Procedimiento de la investigación.....	60

3.1. Objetivos.....	60
3.2. Hipótesis.....	61
3.3. Variables.....	61
3.4. Tipo de investigación.....	65
3.5. Población.....	65
3.6. Muestra.....	65
3.7. Criterios de selección.....	65
3.8. Piloteo.....	66
3.9. Recolección de la información.....	66
3.10. Diseño estadístico.....	67
3.11. Aspectos éticos y legales.....	67
4.- Resultados.....	68
5.- Discusión.....	90
6.- Conclusiones.....	94
7.- Propuestas.....	96
Referencias bibliográficas.....	97
Anexos.....	103

INTRODUCCIÓN.

La diabetes mellitus es considerada una pandemia ya que se estima que existen 171 millones de personas en el mundo con este padecimiento, el tipo más común es la diabetes mellitus no insulino dependiente. En México es la tercera causa de morbilidad y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la segunda causa de consulta en las Unidades de Medicina Familiar (U.M.F.) por tal motivo el objetivo del siguiente protocolo es identificar los factores que contribuyen al déficit de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2.

El presente trabajo esta conformado por varios apartados y se describen a continuación.

El capítulo 1 corresponde al marco teórico el cual esta compuesto por varios apartados entre los que se describe las generalidades de la diabetes mellitus, la adherencia terapéutica, así como el concepto, los factores que contribuyen en la adherencia terapéutica y la falta de adherencia terapéutica al tratamiento en la diabetes mellitus. Otro apartado corresponde a la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem y los supuestos paradigmáticos y sus tres subteorías. En otro punto del marco teórico también se describe lo relacionado con la depresión y por último se aborda lo relacionado con los tipos de familias, relaciones interpersonales del adulto mayor y cuidados al adulto mayor con enfermedad crónica.

En el capítulo 2 se presenta el planteamiento del problema en donde se destaca la pregunta de investigación la cual es ¿Cuáles son los factores que contribuyen al déficit de autocuidado en pacientes con diabetes mellitas tipo2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 120 del IMSS?

El capítulo 3 correspondiente a la metodología en donde se mencionan los objetivos de la investigación, las hipótesis, la variable tanto independiente como dependiente. También se menciona que tipo de estudio se realizó el cual fue transversal y descriptivo y que estuvo dirigido a los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) No.120 del IMSS con diabetes no insulino dependiente. La muestra del estudio fue de 85 derechohabientes con más de 5 años de evolución, ambos sexos y acompañados del familiar, se utilizaron en la recolección de datos tres instrumentos dos dirigidos al paciente y uno al familiar.

En el capítulo 4 se presentan los resultados obtenidos entre los cuales se menciona que el sexo femenino predominó en el estudio, siendo el promedio de edad de 56 años. El ingreso familiar oscila entre 1 y 2 salarios mensuales. Con relación a los factores de autocuidado se encontró que el 76.6 % de los pacientes diabéticos no asisten a los grupos para diabéticos, el 76.4 % no realizan auto monitorización, el 40 % de los pacientes no tiene horarios establecidos de comida. Con relación a la depresión el 20 % de las mujeres presento disturbios emocionales, mientras que los hombres presentaron parámetros normales. En el rubro de apoyo familiar el 54.1 % tiene apoyo familiar bajo y el 42.3 % mediano

En el siguiente capítulo 5 se presenta la discusión en donde se observa que algunos nuestros resultados coinciden con otros estudios, entre ellos que los pacientes diabéticos no realizan ejercicio, el tratamiento farmacológico es básicamente de hipoglucemiantes orales, los pacientes diabéticos presentan obesidad y no realizan auto monitorización entre otros.

En el capítulo 6 se presentan las conclusiones del estudio entre las que podemos mencionar que el 50% de la población estudiada presentó estados depresivos, el 50 % presentó apoyo familiar bajo, la dieta de los diabéticos es hiperproteica y más del 50 % presentaron sobrepeso y obesidad y con relación a la actividad física más del 50 % no realiza ejercicio.

Por último se presentan algunas propuestas con relación a mejorar la capacitación del personal de enfermería a este padecimiento, así como la realización de cursos talleres para los pacientes.

JUSTIFICACION

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta frecuentemente en la población mundial y es considerada una pandemia ascendente ya que en la actualidad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se estima que existen alrededor de 171 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo¹ y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento será de 40% en los países desarrollados y el 70% en los países en vías de desarrollo. En México constituye la décimo primera causa de morbilidad en el 2002 y la tercera causa de mortalidad en el 2003² su prevalencia se ha incrementado en forma significativa afectando a 1 de 4 individuos mayores de 50 años. En el IMSS la diabetes mellitus es la segunda causa de consulta en las U.M.F. y la primera en consulta de especialidades en el segundo nivel.³ La comorbilidad primaria derivada de ella produce hasta el 30% de todos los ingresos a los servicios de medicina interna lo que representa la sexta causa de incapacidades y ocupa el quinto lugar de mortalidad y los gastos para atender a los pacientes diabéticos superan los 200 dólares anuales.⁴

Por otra parte el autocuidado del paciente diabético esta dirigido al control metabólico por lo tanto se deben realizar acciones como automonitorización, cambio en los hábitos dietéticos y actividad física, llevar a cabo el régimen terapéutico y la detección precoz de las complicaciones siempre con el asesoramiento del personal de enfermería para que dichas actividades vayan dirigidas a promover la salud, prevenir las complicaciones, limitar daños y mejorar la calidad de vida.

El manejo del paciente con diabetes mellitus por el personal de Enfermería puede basarse en el paradigma de las Teóricas de dicha disciplina. En el presente trabajo se retoma a Dorothea E. Orem en su Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) sobre la base conceptual de cinco elementos centrales que están relacionadas con las capacidades de autocuidado, demanda de autocuidado, acciones de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico y déficit de autocuidado todos ellos aplicables para el autocuidado del paciente diabético esto es de suma importancia si se observa que en Europa solamente el 28% de los pacientes tienen un control de la glucemia y el 2% en los Estados Unidos⁵. En estudios mexicanos se identifica que el 89% de los pacientes diabéticos no llevan a cabo el autocuidado⁶.

Durante el servicio social se observó que en la U.M.F. No.120 los pacientes diabéticos presentan complicaciones como Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Vasculopatía y Enfermedades Podológicas las cuales si se tuviera un adecuado autocuidado se disminuiría la prevalencia de dichas complicaciones por tal motivo se desea identificar cuales son los factores que contribuyen al déficit de autocuidado en los pacientes diabéticos los cuales en la literatura se refieren entre otros a la depresión, la falta de adherencia terapéutica, la falta de apoyo familiar, la falta de actividad física, la falta de cambio en los hábitos dietéticos, a la falta de información sobre complicaciones y la ocupación de las personas que padecen diabetes mellitus por la trascendencia y magnitud del problema se considera que es viable el proyecto porque a las autoridades de la institución les interesa la realización de esta investigación.

1.- EXPOSICIÓN GENERAL (CAPITULADO).

1.1 MARCO TEÓRICO.

1.1.1. CONCEPTO DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo del individuo la definen como una enfermedad crónico-degenerativa⁷ que se caracteriza por la ineficacia de la insulina, ya sea por que no se libere en la cantidad necesaria o por que su estructura no sea la correcta provocando la perturbación del mecanismo de la glucosa en sangre, relacionada con los estilos de vida alimentarios y de actividad física.⁸

1.1.2. CLASIFICACIÓN.

La diabetes se clasifica en dos grandes grupos los cuales son los siguientes:

Diabetes mellitus no insulino dependiente.	Diabetes insulino dependiente.
Suele aparecer por encima de los 45 años.	También conocida como juvenil.
Presenta un componente genético.	Suele presentarse en menores de 35 años de edad y frecuentemente en las dos primeras décadas de la vida.
Puede ir acompañada de obesidad o no.	Suele acompañarse de delgadez.
Presenta tasas de glucemia menores que la diabetes mellitus insulino dependiente.	Se controla con insulina, dieta y ejercicio.
Habitualmente se puede controlar con la dieta y agentes hipoglucemiantes.	

Fuente: Lerman G. I., Atención integral del paciente diabético, Ed. 2a., Edit. Mc Graw - Hill Interamericana, México 2001, pp. 55 - 126.

1.1.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las manifestaciones de la diabetes sean caracterizado por lo que se ha denominado el síndrome de las tres " P "; que son:

⇒ Polidipsia.

⇒ Polifagia.

⇒ Poliuria.

Así mismo; el enfermo puede presentar:

⇒ Delgadez.

⇒ Debilidad.

⇒ Falta de concentración.

⇒ Cansancio.

⇒ Prurito.

⇒ Irritación ocular.⁹

1.1.4. TRATAMIENTO.

El tratamiento tiene como objetivo aliviar y prevenir tanto los síntomas como las complicaciones mejorando así la calidad de vida. La terapéutica actual de la diabetes mellitus tipo 2 comprende el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

1.1.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Plan alimentario.

En paciente no sintomáticos pero si hipergluceémicos el tratamiento inicial debe ser con dieta y ejercicio, siempre y cuando la glucosa sea menor de 200mg/ dl. sin embargo cuando se traten de hipergluceémias sintomáticas graves se vigilan con el objeto de controlar alteraciones de las vías metabólicas como las siguientes:

⇒ una movilización y oxidación de acciones grasos.

⇒ catabolismo exagerado de proteínas que pueden causar atrofia muscular y;

⇒ una producción excesiva de glucosa endógena.¹⁰

El tratamiento comprende de un programa terapéutico a largo plazo para un paciente con diabetes debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

⇒ Valoración de la expectativa de vida.

⇒ La existencia de complicaciones propias de la diabetes.

⇒ El padecimiento de trastornos neuropsiquiátricos u otros problemas médicos coexistentes.

⇒ La cooperación y facultades del paciente para comprender el programa terapéutico.¹¹

Los valores recomendables para la glucemia en ayunas de 8 hrs. es a partir de la cual se establece el diagnóstico es de 125 mg/dl. y con ayunas mayores de 110 mg/dl. con el cual se establece el diagnóstico de intolerancia a los carbohidratos, y para la glucemia postprándial de 180 mg/dl. aproximadamente.

Indicaciones para el empleo de los hipoglucemiantes son:

⇒ En el diagnóstico inicial, con sintomatología clara y cifras de glucosa sanguínea por arriba de 300mg/dl.

⇒ En pacientes delgados se empiezan con dosis bajas de sulfonilurea y se incrementa de acuerdo a la respuesta.

Cuando el cambio de estilos de vida no es suficiente se deben emplear medidas farmacológicas entre las que se incluyen diversos medicamentos, con diferentes mecanismos de acción los cuales son:

Sulfonilureas.

Mecanismo de acción.

Las sulfonilureas se fijan a un área de la membrana de la célula B que se relacionan con los canales de K ATP dependientes cerrando los canales de K; la membrana se despolariza y abre los canales de Ca, que son dependientes de voltaje, y producen un flujo de Ca al interior de la célula, los iones de Ca se unen a la calmodulina y de esta unión resulta la exocitosis de los gránulos que contienen la insulina así aumentan la secreción de insulina por el páncreas y su captación por los receptores también las sulfonilureas disminuyen la producción hepática de glucosa y aumenta la captación periférica.

Indicaciones.

Esta indicado en pacientes con evidencia de disminución en la secreción pancreática de insulina con inicio después de los 40 años. Diagnóstico de diabetes menor de 5 años, pesó normal o sobrepeso, apego al plan alimentario, paciente que no requiere insulina.

Efectos adversos de los medicamentos.

Pueden presentar los siguientes efectos adversos intolerancia gastrointestinal, reacciones alérgicas, hepatotoxicidad, dermatitis grave, anemia hemolítica, trombocitopenia e hipoglucemia.

Dosificación.

MEDICAMENTO.	DOSIS DIARIA.	DOSIS POR DÍA.
Tolbutamida.	300 a 500 mg.	2 a 3.
Tulazamida.	100 a 1000mg.	1 a 2.
clorpropamida.	100 a 500mg.	1.
Glibénclamida.	2.5 a 20mg.	1 a 2.
Glimepirida.	2.5 a 40mg.	1 a 2.
Glicacida.	80 a 320mg.	1 a 2.

FUENTE: Lerman G. I., Atención integral del paciente diabético, Ed. 2, Edit. Mc Graw- Hill Interamericana, México 2001, pp. 55 - 126.

Antihipoglucemiantes.**Mecanismos de acción.**

Los inhibidores de las glucosidasas alfa incluyen acárbosa, vaglibosa y miglitól actúan uniéndose en forma competitiva en la región de unión de los carbohidratos a las glucosidasa alfa y evitan la conversión de disacáridos y polisacáridos en monosacáridos en la luz intestinal, normaliza o reduce los picos de la hiperglucemia posprándrial, mejora la excursión posprándrial de la glucemia, mejorando el metabolismo interno.¹²

Indicaciones.

- ⇒ En pacientes que no han respondido al tratamiento no farmacológico.
- ⇒ En pacientes con intolerancia a la glucosa.
- ⇒ En monoterapia en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus.
- ⇒ En pacientes que predominan la hiperglucemia posprándial.
- ⇒ En terapias combinadas con insulina o sulfonilureas con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 obesos.
- ⇒ En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no obesos con cardiopatía isquémica e hiperglucemia postprándial.

Efectos secundarios.

Pueden presentarse flatulencias, diarreas e incomodidad abdominal.

Dosis.

Se debe administrar conjuntamente con los alimentos, en dosis de los 25 a los 100mg. es un glucomodulador que se comporta como antihipoglucemiante, con biodisponibilidad del 2%.

Biguanidas.**Mecanismos de acción.**

Aumentan la glucólisis anaerobia al inhibir la gluconeogénesis; no tienen efecto sobre el páncreas y no producen hipoglucemia la biguanina más recomendada es la metformina o la fenfoemina, los efectos posreceptores incluyen supresión de la producción hepática de glucosa un incremento en la utilización de glucosa en tejidos periféricos mediada por la insulina particularmente después de los alimentos tiene efecto antilipolítico al disminuir las concentraciones de ácidos grasos libres, reduciendo la disponibilidad de sustratos para la gluconeogénesis.

Farmacocinética.

La metformina se absorbe rápidamente por el intestino delgado, alcanzando concentraciones plasmáticas elevadas a las dos horas disminuye los niveles séricos de vitamina B12 en 5 a 10% de los pacientes.¹³

Indicaciones.

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre todo con sobrepeso que no responden a dieta y ejercicio.

Dosis.

Se recomienda iniciar con una tableta de 500mg. día durante o al final de las comidas no exceder la dosis de 3000 mg/ día.

Efectos secundarios.

Pueden presentar dolor epigástrico, náuseas, anorexia y mal sabor de boca (metálico) mala absorción de las vitaminas hidrosolubles, acidosis láctica.

Insulina.

La insulina es una hormona producida en las células beta de los islotes de langerhans del páncreas su función consiste en permitir la utilización de glucosa por tal motivo es indispensable para el metabolismo normal de los carbohidratos, proteínas y grasas.

Cuando el control de los pacientes diabéticos no se lleva a cabo con una dieta específica, ejercicio y prescripción de sulfonilureas, biguaninas o inhibidores de la alfa glucosidasa, esta indicada el tratamiento con insulina.

Indicaciones para prescripción de insulina las cuales son:

- ⇒ Esta indicada en los pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente en quienes la producción de insulina acentuada disminuida o es nula y que por ende depende de su aplicación para sobrevivir.
- ⇒ En pacientes con diabetes mellitus no insulino dependientes no dependen de la insulina para sobrevivir; pero pueden requerirla en situaciones especiales como infecciones graves, durante el posoperatorio, cuando la nutrición se realiza por vía parenteral en otras situaciones de estrés. En estos pacientes puede disminuir la producción de insulina conforme avance la enfermedad y puede requerir de la aplicación de la insulina para lograr su control.¹⁴

Tipos de insulina.

- ⇒ Insulina de acción rápida: Inician su efecto de 15 a 60 min. su máxima acción es entre 2 a 3 hrs. y tienen una duración de 4 a 6 hrs.
- ⇒ Insulinas de acción intermedia: Inician su efecto de 2 a 4 hrs. su máxima acción alcanza entre 4 y 10 hrs. y tienen una duración de 14 a 18 hrs.
- ⇒ Insulinas de acción lenta: Iniciando su efecto de 3 y 4 hrs. su máxima acción la alcanza entre 4 y 12 hrs., y tiene una duración de 16 y 20 hrs.

- ⇒ Insulinas de acción ultrarrápida: Como Lys-pro y Aspart, insulinas monoméricas las cuales tienen como característica común iniciar su acción a los 5 o 10 min. con pico máximo de 1 a 2 hrs. hay una duración de 3 a 4 minutos.
- ⇒ Premezclas de insulina: Tienen el objeto de emular los dos componentes de la secreción de insulina; ejemplos de ellas son la mezcla 70/30 consistente en 70% de la dosis de insulina Lis-pro Mix 25 que consiste en 75% de la dosis como insulina NPL (prorotamina Lis-pro) y 25% de la dosis como insulina Lis-pro.¹⁵

Parámetros para la aplicación de insulina en pacientes diabéticos.

Pacientes con diabetes tipo 1.

La dosis de insulina para pacientes con diabetes tipo 1, sin obesidad ni desnutrición, es de 0.5 a 1.00 /kg. de peso / día que se dividen en dos aplicaciones; dos terceras partes antes del desayuno y una tercera parte antes de la cena.

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Se debe considerar las cifras de glucemia en ayunas como se muestra a continuación.

GLICEMIA EN AYUNO.	DOSIS DE INSULINA NECESARIA.
<140 MG/ DL.	No se necesita es posible lograr el control con antidiabéticos orales (no sulfonilureas).
141 a 200 mg/ dl.	0-3 o 0-4 U/ kg./ día. (NPH).
201 - 250 mg/dl.	0.5 - 1.2 U/ kg./ día.
>251 mg/ dl.	1.5 U/ kg./ día.

FUENTE: Alpizar Salazar Melchor, Guía para el manejo integral del paciente diabético, Edit. El manual moderno, México 2001. pp. 165 - 299.

Interacciones medicamentosas.

Los requerimientos de insulina pueden aumentar si el paciente está recibiendo medicamentos con actividad hiperglucémica, como anticonceptivos orales, corticosteroides o está recibiendo medicamentos con actividad hipoglucémica como hipoglucemiantes orales, salicilatos, antibióticos del tipo de las sulfamidas, bloqueadores B-adrenérgicos y ciertos antidepresivos.

Algunos pacientes en los que se cambia el tipo de insulina pueden requerir cambio de dosis lo cual aumenta el riesgo de hipoglucemia se puede prevenir con la ministración de dosis inferiores a 40 unidades; los requerimientos pueden aumentar con la presencia de trastornos emocionales o reducir en caso de insuficiencia renal o hepática también se puede cambiar la dosis de la insulina cuando aumenta la actividad física o modificación de la dieta, cualquier cambio de insulina debe hacerse con cautela y únicamente bajo supervisión médica. Los sitios de aplicación debe ser por la vía subcutánea en la parte superior de los brazos, los muslos, los glúteos o el abdomen los cuales se deben rotar procurando no se use más de una vez al mes.

Reacciones secundarias y adversas.

Pueden presentarse la hipodistrofía, la resistencia a la insulina y las reacciones de hipersensibilidad.¹⁶

Recomendaciones para el almacenamiento de la insulina.

El frasco de insulina se debe almacenar en un lugar frío, de preferencia en un refrigerador nunca mantenerse en el congelador sino se cuenta con un refrigerador se puede almacenar en un lugar lo más fresco posible alejado del calor y de la luz, no se debe utilizar un frasco que haya sido congelado o después de la fecha de caducidad.¹⁷

1.1.4.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

Educación para la salud en diabetes mellitus.

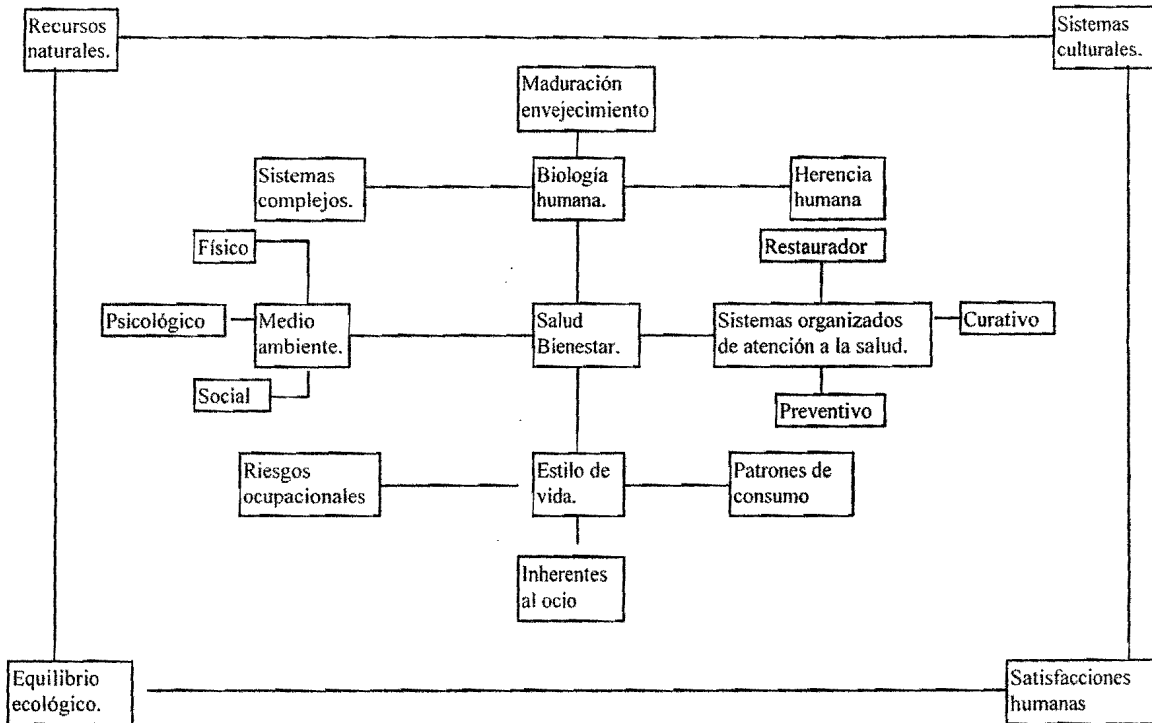
La corriente de promoción de la salud destaca la importancia que tiene la propia población para que posea las medidas necesarias para mejorar su salud y ejercer un control adecuado que permite llevar una vida prácticamente normal en calidad y duración. La información es indispensable y debe ser completa y veraz, es necesario que la adquisición de conocimientos transforme acciones que a su vez modifiquen la conducta y estilo de vida.

La educación para la salud debe basarse en una metodología que incluya a la persona como sujeto de su propio aprendizaje y no como objeto del mismo; deben utilizar técnicas participativas que favorezcan la reflexión-acción-reflexión del individuo en el proceso de aprendizaje, el modelo de educación para la salud debe cumplir con las cinco premisas las cuales deben ser integral, participativa, democrática y transformadora, así mismo debe contar con enfoques integrales y transformadores de acciones.

En 1973 La Fromboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud que comprende 4 divisiones: biología humana, estilo de vida, medio ambiente y organización de los servicios de atención a la salud, Allan Denver en 1976, presentó un modelo "para el análisis de una política sanitaria", adicionando una subdivisión a cada componente del campo de la salud y enfatizó que las cuatro divisiones primarias tienen la misma importancia para lograr un buen estado de salud y es necesario el equilibrio.

El IMSS adopto y adapto el modelo de campo de la salud, para incorporar a sus elementos en el análisis salud-enfermedad. *Fig. 1.*

Figura 1.



Fuente: Alpizar S. M., Guía para el manejo integral del paciente diabético. Edit. El manual moderno, México 2001, pp. 165 - 299.

La educación a la salud permite al adulto ser participe de procesos de construcción del conocimiento, desarrollando habilidades, destrezas y actitudes para participar ante la vida social y cultural comprendiendo la situación real y problemas de su grupo por tal motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) proponen tres métodos de enseñanza al adulto; El didáctico, el concientización o pedagogía liberadora y participativo los cuales se describen a continuación:

⇒ El método didáctico se conoce como tradicional, corresponde al estilo formal de instrucciones centradas en contenidos, la comunicación es orientada a metas, la elaboración de mensajes y técnicas de mercadeo social se basan en la cultura de la comunidad.

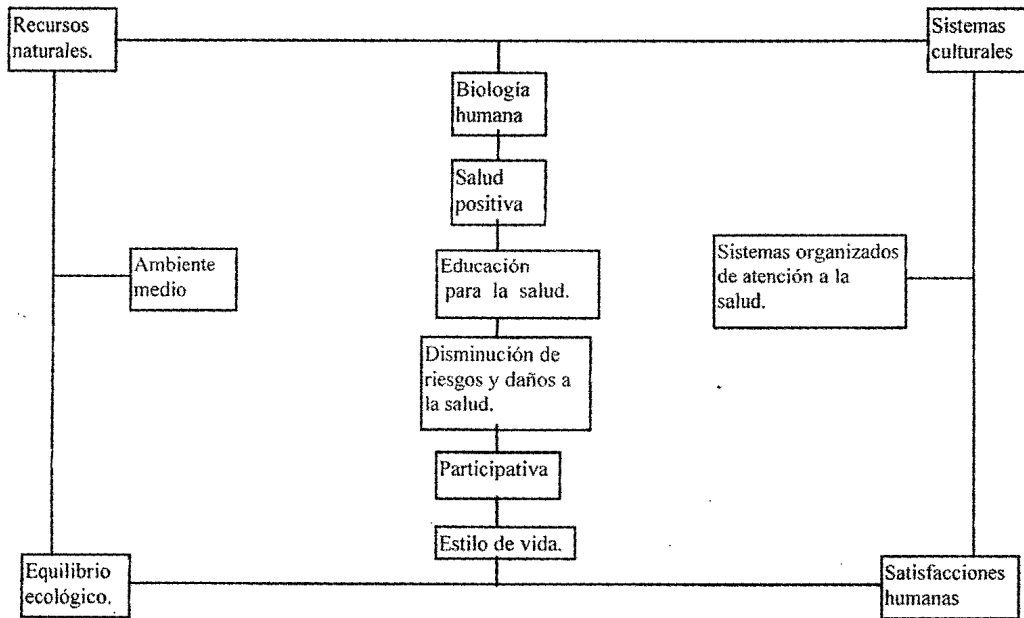
⇒ El modelo de concientización o pedagogía liberadora es un enfoque a partir del análisis de las causas y condiciones sociales, económicas e históricas, busca la movilización para iniciar un proceso de transformación social.

⇒ El método participativo centrado en el desarrollo humano busca desarrollar la energía social y el poder interno de cada ser humano para transformar su realidad y cambiar las condiciones en que vive.

Modelo de educación para la salud de diabéticos con enfoque integral y transformador.

La matriz envolvente que circula al individuo propio del sistema e indica la relación que existe entre los sistemas culturales, el equilibrio ecológico y los recursos con los cuatro elementos primarios del campo de la salud, así como la interacción que cada uno ejerce en el otro. *Fig. 2.*

Figura 2.



Fuente: Alpizar S. M., Guía para el manejo integral del paciente diabético, Edit. El manual moderno, México 2001, pp. 165 - 299.

Los programas de educación para la salud en diabetes mellitus deben estar elaborados en un contexto funcional y dando respuestas a las necesidades de salud existentes y de acuerdo a los recursos propios con los que se cuenta siempre debe elaborarse el diagnóstico de salud y de identificación de necesidades de la población.

Plan alimentario.

El plan alimentario debe proporcionar al organismo un aporte nutricional adecuado que ayude a la utilización correcta de los sustratos energéticos por parte de los tejidos de tal forma que se logren concentraciones normales de glucosa, proteínas y lípidos en sangre, previniendo o retrasando complicaciones agudas y crónicas.

Objetivos del plan nutricional en el paciente con diabetes mellitus.

- ⇒ Lograr y mantener cifras de glucosa sanguínea lo más cercanas a lo normal (70 a 110 mg/dl).
- ⇒ Evitar picos hiperglucémicos postprandiales.
- ⇒ Lograr cifras óptimas de los lípidos en sangre.
 - *Colesterol menor a 190 mg/dl.
 - *Triglicéridos menores a 150 mg/dl.
 - *L.D.L. igual o menor a 100 mg/dl.
 - *H.D. L. mayor a 45 mg/dl.
- ⇒ Lograr y mantener un peso corporal razonable.
- ⇒ Prevenir y controlar complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus.
- ⇒ Mejorar la calidad de vida.
- ⇒ Integrar a la terapia farmacológica, el plan de alimentación y el programa de ejercicio.¹⁸

Prescripción de la dieta.

Los parámetros que se toman en cuenta para prescribir una dieta individual son los siguientes:

Edad, sexo, peso ideal, estado nutricional, actividad física, alimentos de preferencia, estilo de vida, tipo de diabetes, esquema de tratamiento, cifras de presión arterial, niveles de lípidos, pruebas de funcionamiento renal así como la respuesta individual al tratamiento nutricional de acuerdo a las metas bioquímicas.¹⁹ Es importante elaborar evaluación del estado nutricional la cual se compone de los siguientes elementos:

Evaluación clínica.

Comprende los siguientes aspectos:

- ⇒ Utilización adecuada de los servicios de salud.
- ⇒ Aspectos psicosociales y económicos.
- ⇒ Historia médica.
- ⇒ Tipo de diabetes mellitus.
- ⇒ Tratamiento actual.
- ⇒ Monitoreó.
- ⇒ Valores de laboratorio.
- ⇒ Tratamiento farmacológico.
- ⇒ Riesgo de complicaciones crónicas.
- ⇒ Educación previa en diabetes.
- ⇒ Programa de ejercicio.
- ⇒ Objetivos del manejo de la diabetes.
- ⇒ Niveles de conocimientos y destrezas.
- ⇒ Expectativas y evaluación al cambio.

Evaluación antropométrica.

Es necesario realizarla desde la primera consulta y monitorear a lo largo de las mismas, efectuando las siguientes mediciones antropométricas.

- ⇒ Peso actual.
- ⇒ Talla actual.
- ⇒ Índice de masa corporal (I. M. C.).
- ⇒ Circunferencia de cintura.
- ⇒ Circunferencia de cadera.
- ⇒ Índice cintura - cadera.²⁰

Evaluación bioquímica.

Es necesario analizar los resultados bioquímicos de cada paciente y así poder prescribir un plan alimentario de manera integral los cuales se explican en el *cuadro 1*.

CUADRO 1.

PARÁMETRO.	BUENO.	REGULAR.	MALO.
Glucosa plasmática en ayunas o antes de las comidas (mg/ dl).	Menos de 100 mg/dl.	110 - 126 mg/ dl.	más de 127 mg/dl.
Glucosa plasmática o capilar posprándial (1 hora).	Menos de 140 mg/dl.	140 - 180mg/dl.	más de 180 mg/dl.
Colesterol total.	Menos de 200 mg/dl.	200 - 239 mg/dl.	más de 240 mg/dl.
Colesterol HDL	Más de 45 mg/dl.	35 a 45 mg/dl.	menos de 35 mg/dl.
Hemoglobina glucosilada (Hb 1).	Menos de 6.5%	6.5 a 7.5 %	más de 7.6%
Tensión arterial.	Menos de 120/ 80. Acorde a la edad.	121 - 129 / 81 - 84 mm Hg.	más de 130 / 85 mmHg.
I.M.C.	Menos de 25 kg/m2.	25 a 27 Kg./ m2.	más de 27 Kg./m2.
Triglicéridos en ayuno.	menos de 150 mg/ dl.	150 - 200 mg/dl.	más de 200 mg/ dl.

FUENTE: Alpizar Salazar Melchor. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Edit. El manual moderno, México 2001, pp. 165 - 299.

Evaluación dietética.

La siguiente evaluación tiene como propósito investigar acerca de los gustos y preferencias alimentarias del paciente existen varias técnicas para evaluación dietética dado que tienen sus ventajas y limitaciones se recomienda seguir los siguientes pasos:

- ⇒ Registrar el total de alimentos y bebidas consumidas en 24 horas.
- ⇒ Considerar consumo de bebidas alcohólicas ya que estas suelen subregistrarse.
- ⇒ Conocer lugar (es) y horario (s) de alimentos y bebidas.

⇒ Calcular el consumo nutrimental y calórico.

⇒ Calcular porcentaje de adecuación, basado en las recomendaciones nutrimentales y calóricas.

Recomendaciones nutrimentales para el paciente con diabetes.

⇒ Energía: Suficiente para alcanzar y / o mantener un peso y porcentaje de grasa corporal adecuados.

⇒ Hidratos de carbonó: Proporcionan 50 a 60% de los kilocalorías totales. Deberán ser de predominio complejo y con alto contenido de fibra soluble (Leguminosas, vegetales, avena, nopales y frutas con cáscara).

⇒ Proteínas: Proporción 10 a 20% del valor calórico total (VCT) no deben darse menos de 0.6 g/ kg./ día debido a la posibilidad de desarrollar desnutrición. Deberán realizar los ajustes necesarios en caso de nefropatía de acuerdo al estadio de la misma (0.8 a 0.6 g/ kg./ día).

⇒ Lípidos: Constituyen 20 a 30 % del V.C.T. de los cuales los ácidos grasos saturados deben proporcional < de 10% (7% en quienes tienen elevadas la L.D.L.). Los ácidos grasos poliinsaturados deben proporcionar 10%. Los ácidos grasos monoinsaturados de 10 a 15%.

⇒ Fibra: Dé 20 a 30 g/día de predominio soluble.

⇒ Sodio: Menor de 3g/día.

*Si existe hipertensión arterial 2,400 mg.

*Si existe nefropatía 2000 mg.

⇒ Limitar el consumo de colesterol a menos de 300 mg/ día.

⇒ No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas por el riesgo de hipoglucemia y debe limitarse con hipertrigliceridemia y / o hiperuricemia.

⇒ En caso de pacientes con diabetes mellitus y terapia con insulina, deberá limitarse la ingesta a dos tragos al día, siempre y cuando la alimentación sea normal. En caso de pacientes que utilicen antidiabéticos orales debe limitarse el consumo de alcohol, promover la pérdida de peso y en caso de consumir bebidas alcohólicas, se deberá intercambiar por raciones de grasa indicadas en la dieta.

⇒ Vitaminas y minerales: Suplementar a pacientes con dietas extremas de reducción de peso, con medicamentos que alteren el metabolismo de micronutrientes y en hipertensión arterial estimular el consumo de potasio.

Actividad física.

La práctica de la actividad física, sistemática y habitual, ha demostrado ser un factor determinante que contribuye en la disminución de la incidencia de diabetes en sujetos con factores de riesgo y contribuye a la mejoría del control metabólico así como en la reducción de complicaciones, tanto agudas como crónicas, en pacientes con diabetes de largo tiempo de evolución.

Efecto del ejercicio en personas con diabetes mellitus.

El efecto del ejercicio en personas con diabetes mellitus depende de:

- ⇒ Tipo de ejercicio.
- ⇒ Cantidad de insulina disponible.
- ⇒ Grado de control en la diabetes.
- ⇒ Estado de hidratación.²¹

La persona diabética que depende de insulina exógena recibe una o múltiples inyecciones de insulina subcutánea a diario no puede presentar una respuesta neurohormonal normal al ejercicio. Las personas que tienen buen control metabólico al iniciar el ejercicio probablemente tienen concentraciones de insulina circulante mayor, lo que ocasiona disminución de la producción hepática de glucosa a pesar de que las hormonas contrareguladoras también estén elevadas. Esto condiciona que la glucosa que el hígado forma para completar las demandas del músculo en actividad sea insuficiente por lo tanto la posibilidad de hipoglucemia sea alta, a menos que el ejercicio sea muy leve y de corta duración. La situación plantea la necesidad de utilizar las determinaciones de glucosa capilar antes, durante y después del ejercicio, sobre todo en las primeras sesiones.

El paciente dependiente de insulina con un control glucémico y metabólico deficiente por falta de acción de la insulina el ejercicio empeora el estado hiperglucémico ya que la mayor demanda muscular de glucosa para obtener energía ocasiona que el hígado produzca cantidades importantes que el tejido muscular no llega a utilizar.

De esta manera el proceso de lipólisis se incrementa para aportar la energía, bajo la forma de ácidos grasos que el músculo requiere esto lleva un aumento en la producción de cuerpos cetónicos que puede derivar en cetoacidosis.

En los pacientes no dependientes de insulina exógena que se caracterizan por tener resistencia a la acción de dicha hormona, el ejercicio mejora dicha resistencia y favorece que los músculos utilicen en

forma más adecuada la glucosa, con la consecuente mejoría del control metabólico. En estos individuos que se controlan solo con el plan de alimentación o la administración de hipoglucemiantes no es frecuente observar que se presente un aumento en la cetogenia; sin embargo, el ejercicio regular disminuye la producción hepática de glucosa y aumenta su captación por el tejido muscular, lo que se denomina mejoría en la sensibilidad a la insulina, ósea, disminución en la resistencia a la hormona. La pérdida de peso que se logra con el ejercicio que se practica de manera regular y constante también favorece esta mejoría en la sensibilidad a la insulina.

Beneficios de la actividad física.

- ⇒ Disminución de la concentración de glucosa durante el ejercicio y después de este.
- ⇒ Disminución en la concentración basal y postprándial de insulina.
- ⇒ Disminución de la hemoglobina glucosilada.
- ⇒ Mejoría en la sensibilidad a la insulina.
- ⇒ Mejoría en la concentración de lípidos plasmáticos.
- ⇒ Aumenta el número y actividad de proteínas transportadoras de glucosa (Glut- 4).
- ⇒ Aumento del gasto de energía.
- ⇒ Mejoría en la hipertensión arterial.
- ⇒ Mejoría en el acondicionamiento cardiovascular.
- ⇒ Aumento de la fuerza y flexibilidad muscular.
- ⇒ Mejoría en la sensación de bienestar y la calidad de vida.
- ⇒ Mejora la eficacia de los hipoglucemiantes orales.
- ⇒ Mejora la actividad.²²

Riesgos de la práctica física.

1.- Hipoglucemia.

- ⇒ Durante el ejercicio e inmediatamente después.
- ⇒ Tardía horas después de haber realizado el ejercicio.

2.-Hipérglucemia.

- ⇒ Posterior al ejercicio extenuante.
- ⇒ Cetoacidosis en pacientes con mal control.

3.-Complicaciones cardiovasculares.

- ⇒ Angina de pecho.

⇒ Infarto del miocárdio.

⇒ Muerte súbita.

⇒ Arritmias.

4.-Complicaciones de la diabetes.

⇒ Retinopatía proliferativa.

A) Hemorragia del vítreo.

B) Desprendimiento de retina.

⇒ Neuropatía periférica: Lesiones en tejidos blandos y articulaciones.

⇒ Neuropatía autonómica.

a) Disminución en la respuesta cardiovascular al ejercicio.

b) Disminución en la capacidad aeróbica.

c) Respuesta alterada a la deshidratación.

d) Hipotensión postural.

⇒ Nefropatía: Aumento de la proteinuria.

Recomendaciones para realizar actividad física.

La actividad física recomendada es la de tipo aeróbico, que se caracteriza por ser de intensidad leve o moderada, de naturaleza rítmica. Se realiza en forma continua durante la sesión de ejercicio, utiliza grandes grupos musculares y que pueda practicarse durante el resto de su vida como son la caminata a paso vigoroso, trote, carrera, bicicleta, natación, gimnasia rítmica y baile.

Recomendaciones.

⇒ Que el paciente realice la actividad física en compañía de otra persona o de grupo.

⇒ Use ropa y calzado adecuados.

⇒ Evite la práctica de ejercicio en climas extremos.

⇒ Tome líquidos antes, durante cada 15 min. 100 a 250 cc de agua y después de la actividad física.

⇒ Inspeccione sus pies antes y después de cada sesión de ejercicio.²³

Indicaciones para la actividad física.

Valoración inicial: Debe contarse con una valoración médica completa para identificar complicaciones como son:

⇒ Valoración oftálmica para identificar pacientes con enfermedades oculares.

⇒ Pruebas de función renal determinación de microalbuminuria.

- ⇒ Examen neurológico completo para descubrir neuropatía periférica o autonómica.
- ⇒ Examen cardiovascular para descubrir cardiopatía isquémica silenciosa.
- ⇒ Valoración del sistema músculo esquelético en busca de alteraciones que pudieran modificar el desempeño durante el ejercicio.²⁴

Programa de ejercicio.

⇒ Tipo de actividad.

Existen varios tipos de ejercicio aeróbico que puedan realizarse. La actividad que se seleccione debe producir un gasto energético cinco a siete veces mayor que la persona gasta en reposo.

⇒ Intensidad del ejercicio.

El individuo para poder adquirir un acondicionamiento cardiovascular y físico adecuado debe plantearse una actividad que equivalga de 50 a 70% de la capacidad de cada individuo para el ejercicio.

⇒ Duración del ejercicio.

Para que el ejercicio produzca los cambios que se pretenden conseguir cada sesión debe durar alrededor de 20 a 45 minutos a 50 a 70% de la capacidad máxima, pero depende de la edad, el tiempo disponible y el nivel de entrenamiento físico.

⇒ Frecuencia del ejercicio.

Para lograr que mejore la capacidad cardiovascular, el control glucémico y metabólico, así como la sensibilidad a la insulina, tienen que realizarse como mínimo tres sesiones por semana o alternando un día si y otro no.²⁵

Motivación y educación.

- ⇒ El ejercicio debe ser divertido y disfrutable para quien lo realiza.
- ⇒ Deben elegirse varios tipos de actividades que sean del agrado de quien las va a realizar para no limitarse a una sola que facilite los pretextos como el mal tiempo y otros.
- ⇒ Hay que escribir las metas a lograr y estas no deben ser a muy largo plazo ni demasiado ambiciosas.
- ⇒ La familia y amistades cercanas tienen que estar enteradas de que se inicia un programa de ejercicio para que ayuden, apoyen y animen a seguirlo.
- ⇒ Deben tomarse medidas periódicas para cuantificar el progreso y proporcionar una retroalimentación positiva que aliente a seguir.

Precauciones específicas.

- ⇒ Los pacientes que no han participado en programas de ejercicio o que ya presentan complicaciones de la diabetes y otros impedimentos para realizarlo sin limitaciones deben entrar en un programa de ejercicio con la constante supervisión del personal especializado para evitar mayores complicaciones o consecuencias.
- ⇒ Al fin de cada sesión del programa deben revisarse los pies y otras partes del cuerpo para investigar la presencia de heridas, traumatismos, equimosis o ampollas.²⁶

ETAPAS DEL EJERCICIO.

La sesión del ejercicio se realizara en tres etapas.

1.-Calentamiento.

La etapa de calentamiento consta de preparar al sistema músculo esquelético, al corazón y pulmones para el incremento progresivo en la intensidad del ejercicio. Consiste en ejercicios estáticos, calisténicos de flexibilidad y estiramiento seguidos de actividades en las que participan los grupos musculares que usaran en la actividad aeróbica. La intensidad del calentamiento debe ser suficiente para aumentar la frecuencia cardiaca a un nivel de 20 latidos por minuto cercano a la frecuencia cardiaca de entrenamiento deseado. Su duración será de 5 a 10 minutos.

2.-Etapa aeróbica o de ejercicio máximo.

Los sujetos que tengan más de seis meses sin práctica de actividad física, o iniciaron con una sesión de impregnación o introducción a la práctica del ejercicio físico para que se familiaricen con este iniciando con 10 min. de caminata a paso vigoroso por la mañana y 10 minutos por la tarde previo calentamiento y enfriamiento por dos o cuatro semanas de duración con una frecuencia de 3 a 5 días a la semana a una intensidad de 50%.

En personas con un volumen de oxígeno (VO₂) máximo entre 28 y 40 ml / kg. / min. (Hombres) y entre 25 y 32 ml /kg. /min. (Mujeres). Se iniciara el plan de ejercicio básico de resistencia con los componentes de carga (trabajo físico). El programa diario de 10 minutos es útil a nivel fisiológico.

3.-Etapa de recuperación.

El periodo de recuperación debe durar de 5 a 10 minutos e incluir ejercicios de intensidad ligera para obtener una recuperación gradual y movimientos de flexibilidad de duración mayor que durante el calentamiento. Los pacientes deben seleccionar un horario que les permita ejercitarse diariamente a una hora fija para evitar las variaciones entre la dieta, el ejercicio y la aplicación de insulina o hipoglucemiantes orales.²⁷

1.1.2. ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

1.1.2.1. CONCEPTO.

Se define como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el médico tratante en cuanto a la toma de medicamentos, el cambio de hábitos de vida, la asistencia a otras citas con el médico, practicarse los exámenes por el ordenados, estar pendientes de tomarse los exámenes de control según la edad.²⁸

1.1.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Los factores que influyen en la adherencia terapéutica son los siguientes:

1.-Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.

En la interacción profesional de la salud -enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporciona la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.

2.-El régimen terapéutico.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinaciones para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento más dificultades proporcionara para las respuestas de adherencia de los pacientes. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios del tratamiento y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis y que esta también disminuye a medida que la terapia se alarga y provoca mayor cantidad de efectos secundarios indeseados.

3.- Las características de la enfermedad.

En relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad sintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo.

4.-Los aspectos psicosociales del paciente.

Existen varios factores que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar; las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus del control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo familiar y social.²⁹

1.1.2.3. FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS.

Lo que esta sucediendo.

En el momento actual este tema tiene trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues ese incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

En lo personal el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas aumentando el deterioro de la calidad de vida. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse por ejemplo en Estados Unidos, se sabe que la falta de adherencia al tratamiento, causa cerca de 125,000 muertes al año y aproximadamente el 10% de ingresos de pacientes al hospital son debido a esto.

De igual manera la no adherencia ocasiona gastos directos al sistema de salud de 100,000 millones de dólares y costos indirectos por ausentismo laboral de 50.000 millones de dólares.

Las consecuencias.

La pobre adherencia al tratamiento es la principal causa de complicaciones de la diabetes.

Un mal manejo de la diabetes, produce daños en el riñón (que puede llevar a que en el futuro el paciente requiera diálisis), mayor posibilidad de sufrir infartos, disfunción eréctil, entre otras.

Los costos directos, atribuidos a las complicaciones de la diabetes por un pobre control de la enfermedad, son de 3 a 4 veces más altos que los observados cuando existe un buen manejo de la diabetes.

Tratar un paciente diabético tipo 2 es 1.5 veces más costoso que lo que invierte el sistema de salud normalmente en un paciente.³⁰

1.1.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA).

El objetivo de la TEDA es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermería para proporcionar cuidado, consecuentemente se contribuye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud.

Supuestos paradigmáticos.

Orem toma en cuenta cuatro elementos paradigmáticos los cuales se definen a continuación:

Persona: Como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante el proceso de desarrollo.

Salud: Es el estado de integridad y bienestar de la persona durante el crecimiento y desarrollo.

Entorno: Implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a las personas a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.

Enfermería: Se establece como un servicio humano de cuidado cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

Orem describe a la TEDA mediante tres teorías las cuales son: La teoría de autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teorías de sistemas enfermeros.³¹

1.1.3.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

El autocuidado es una acción reguladora propia de las personas mismas que han desarrollado de acuerdo a sus capacidades con el fin de llevar a cabo el cuidado de su vida, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y desarrollar deliberada y continuamente conforme con los requisitos asociados a las etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales por lo tanto se sustenta la teoría de autocuidado misma que incluye conceptos como el de agente de autocuidado también aquella persona externa que proporciona el cuidado a otro es denominado agente de autocuidado dependiente entendiendo agente como persona que lleva a cabo la acción. La demanda de autocuidado terapéutico es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe aun individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo inicial al verificar la necesidad del autocuidado

la cual será prescrita por la agencia de autocuidado, es decir, la persona es un profesional de enfermería.

La Teoría sobre el déficit de cuidado menciona que las características de los individuos que demandan cuidado son denominados factores de condicionamiento básico se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos se mencionan a continuación:

Factores de condicionamiento básico.

- ⇒ Edad.
- ⇒ Sexo.
- ⇒ Estado salud.
- ⇒ Estado de desarrollo .
- ⇒ Orientación sociocultural.
- ⇒ Factores del sistema familiar (Diagnóstico y tratamiento).
- ⇒ Factores del sistema familiar (Rol/ composición/relación).
- ⇒ Patrón de vida actividades en las que se ocupa regularmente.
- ⇒ Factores ambientales.
- ⇒ Disponibilidad y adecuación de los recursos.³²

Los requisitos de autocuidado son consejos formulados sobre las acciones determinadas a realizar ya que regulan los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano los cuales identifican dos elementos.

- ⇒ Factor de control o dirección: Mantiene aspectos del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
- ⇒ Especificación de la naturaleza de la acción a realizar: Determinar el trabajo enfermero de acuerdo a las necesidades de cada persona. Orem propuso los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y desviación a la salud los cuales se mencionan a continuación:

Requisitos de autocuidado universal.

Deben alcanzarse mediante el cuidado dependiente ya que representan acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo que mantienen la estructura y funcionamiento humano. Son comunes a todos los seres humanos durante las etapas del ciclo vital siendo los siguiente:

- ⇒ Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- ⇒ Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- ⇒ Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- ⇒ Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos.
- ⇒ Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- ⇒ Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- ⇒ Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- ⇒ Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.³³

Requisitos de desarrollo.

Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición o están asociados a acontecimientos de la vida. Se clasifican en dos grupos los cuales son:

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos los cuales son:

- ⇒ Vida intrauterina.
- ⇒ Vida neonatal, parto a término o prematuro.
- ⇒ Lactancia.
- ⇒ Infancia, adolescencia y adulto joven.
- ⇒ Adulto.
- ⇒ Embarazo.

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales son:

- ⇒ Privación educacional.
- ⇒ Problemas de adaptación social.
- ⇒ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- ⇒ Pérdida del trabajo.
- ⇒ Cambio súbito en las condiciones de vida.
- ⇒ Cambio de posición social o económica.
- ⇒ Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.
- ⇒ Muerte.
- ⇒ Peligros ambientales.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Los que existen para personas de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales bajo tratamiento médico.

- ⇒ Buscar y asegurar ayuda medica en exposición a condiciones ambientales.
- ⇒ Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.
- ⇒ Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- ⇒ Estar consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.
- ⇒ Modificar el autoconcepto.
- ⇒ Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

Acciones de enfermería.

- ⇒ Apoya procesos vitales esenciales.
- ⇒ Mantiene la estructura y funcionamiento humano.
- ⇒ Desarrolla su potencial.
- ⇒ Previene lesiones.
- ⇒ Cura o regula la enfermedad por si mismo.
- ⇒ Cura o regula los efectos de la enfermedad con ayuda apropiada.

1.1.3.2. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado que tiene como finalidad saber como los seres humanos sometidos a limitaciones por enfermedad pueden ocuparse por su autocuidado o al cuidado dependiente este surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado, es decir, cuando un paciente no puede administrarse su propio autocuidado y necesita del profesional de enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado mediante cinco métodos de ayuda los cuales son: Actuar o hacer para, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente la capacidad del paciente para satisfacer sus demandas actuales o futuras³⁴.

El término déficit de autocuidado se refiere a las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de autocuidado, el cual es el enfoque central de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado ya que explica cuando se necesita al profesional de enfermería y describe como las personas pueden ser ayudadas por medio de la enfermera.

El déficit de autocuidado determina que el cuidado de enfermería es necesario cuando:

a) El paciente o las personas responsables de su cuidado tienen ausencia o limitación de habilidades para los requerimientos del autocuidado.

b) Se necesita utilizar técnicas especiales y aplicar conocimientos científicos para el cuidado.

Depende de las necesidades y habilidades del paciente. Puede ser compensatorio, parcialmente compensatorio y educativo retomando así la teoría de sistemas enfermeros.

Los déficit de autocuidado se identifican como completos o parciales, en donde el primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico y el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer alguna (s) condiciones subyacentes una demanda de autocuidado terapéutico también tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las demandas que hay que controlar y dirigir los factores reguladores de su función y desarrollo de las personas dependiente de ellos.

Los déficit de autocuidado están asociados no solo a las limitaciones de las personas para realizar estas medidas de cuidado, sino también a la falta de validez o efectividad con que se lleva a cabo la agencia de autocuidado es quien provee la satisfacción de los requerimientos de cuidado de uno mismo, ya que regula los procesos vitales, la integridad de la estructura del funcionamiento y desarrollo humano y bienestar, y esta condicionado por factores el desarrollo y operatividad o subjetividad de la madurez del individuo.

Las acciones que el individuo debe de realizar durante la enfermedad son las siguientes:

⇒ Buscar asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad.

⇒ Atender los efectos de la enfermedad.

⇒ Administrar correctamente las dosis de medicamentos indicados.

⇒ Identificar los efectos de los medicamentos prescritos.

⇒ Aceptar la necesidad del cuidado de salud.

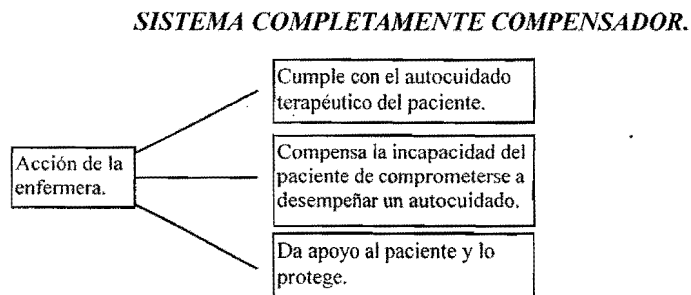
⇒ Alterar el estilo de vida para promover el desarrollo personal mientras se viven los efectos de la enfermedad y la prescripción de medicamentos.³⁵

1.1.3.3. TEORÍA DE SISTEMAS ENFERMEROS.

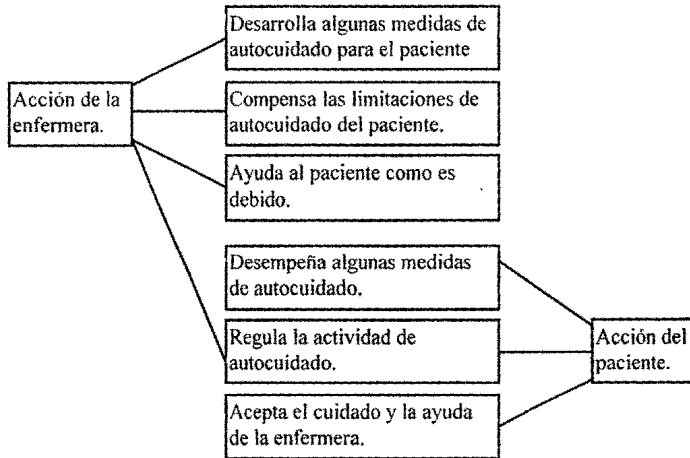
La teoría de sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana, es decir, marcan las pautas que implementan las formas de intervención para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería deben tener en cuenta el diagnóstico, la prescripción y la regulación para entablar la relación enfermera - paciente.

Los sistemas enfermeros van dirigidos para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente para grupos que tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitadas que impiden desempeñar un autocuidado ya sea individual, familiar o grupal. Esta teoría se subdivide en tres sistemas los cuales se desarrollan a continuación: *Fig. 3.*

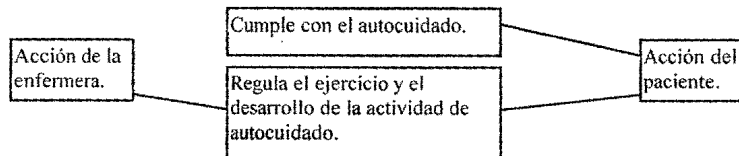
Figura 3.



SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSADOR.



SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO.



FUENTE: González S. M., Modelos y teorías en enfermería, Ed. 5a., Edit. Elsevier Science, Barcelona España 2003, pp. 189 - 21.

1.1.4. DEPRESIÓN.

1.1.4.1. CONCEPTO.

Se define como el estado emocional, anormal caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío y desesperanza, en el grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad.

1.1.4.2 CAUSAS.

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla, ya que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes con fines didácticos dividiremos las causa de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales las cuales se describen a continuación:

a) Causa Genéticas.

La posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión especialmente psicótica, hay de un 10 a 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante³⁶

b) Causas psicológicas.

Intervienen en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Estos rasgos sin embargo no son enterados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia de los miembros de la familia, este tipo de causas se subdividen en determinantes y desencadenantes las cuales se describen a continuación:

a) Causas determinantes.

⇒ Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

b) Causas desencadenantes.

⇒ Pérdida de un ser querido.

⇒ Pérdida de una situación económica.

⇒ Pérdida de poder.

⇒ Pérdida de la salud, en las siguientes circunstancias.

*Enfermedad con peligro de muerte.

*Enfermedades que originan incapacidad física.

*Enfermedades que determinan alteraciones estéticas.

*Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia).

c) Causas ecológicas.

⇒ Contaminación atmosférica producida por industrias, talleres, quema de desechos, polvo, productos de combustión de vehículos de motor.

⇒ Problemas de tránsito.

⇒ Ruido excesivo producido por autotransportes, Aviones de reacción, Fábricas metalúrgicas y equipos de sonido.

d) Causas sociales.

⇒ Desintegración familiar.

⇒ Disminución del apoyo espiritual de la iglesia.

⇒ Falta de vínculos con los vecinos.

⇒ Migraciones.³⁷

1.1.4.3 CUADRO CLÍNICO.

La depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva, que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo, para su fácil comprensión dividiremos los síntomas en cuatro grupos los cuales se describen a continuación:

a) Trastornos afectivos.

⇒ Indiferencia afectiva manifestada por disminución o pérdida de intereses vitales.

⇒ Tristeza manifestada con o sin tendencia al llanto, pero puede ausentarse en las depresiones sonrientes.

⇒ Inseguridad manifestada con dificultad para tomar decisiones.

⇒ Pesimismo manifestado por enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.

- ⇒ Miedo manifestado con miedo especificado o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo: miedo a bañarse.).
- ⇒ Irritabilidad manifestada con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.
- b) Trastornos intelectuales.
 - ⇒ Sensopercepción disminuida manifestada con mala captación de estímulos.
 - ⇒ Trastornos de memoria manifestada con dificultad para la evolución.
 - ⇒ Disminución de la atención manifestada por mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
 - ⇒ Disminución de la comprensión manifestada por dificultad de comunicación.
 - ⇒ Ideas de culpa o fracaso manifestadas por autoevaluación e incapacidad de enfrentamiento.
 - ⇒ Pensamiento obsesivo manifestado por ideas o recuerdos repetitivos molestos.
- c) Trastornos conductuales.
 - ⇒ Actividad disminuida manifestada por descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
 - ⇒ Productividad disminuida manifestada por mal rendimiento en el trabajo.
 - ⇒ Impulsos suicidas manifestada por ideas o intentos de privarse la vida.
 - ⇒ Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas manifestada por tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.
- d) Trastornos somáticos.
 - ⇒ Trastornos en el sueño manifestada por insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto, en algunos casos hay hipersomnia.
 - ⇒ Trastornos en el apetito manifestada por anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
 - ⇒ Disminución de la libido manifestada por debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
 - ⇒ Cefalea tensional manifestada por afectar a los músculos de la nuca y a los temporales.
 - ⇒ Trastornos digestivos manifestada por dispepsia, aerofagia, metereorismo, náuseas, etc.
 - ⇒ Trastornos cardiovasculares manifestados por trastornos de la frecuencia o del ritmo cardíaco, disnea suspirosa, etc.
 - ⇒ También suelen presentar mareos, prurito, alopecia, etc.

1.1.4.4. DEPRESIÓN EN LA EDAD SENIL.

La depresión es un padecimiento que no respeta sexos, ni edades, por lo que se considera que las depresiones tardías no son una entidad nosológica particular y que cursan de acuerdo con los mismos principios de las que aparecen en otras etapas de la vida, son susceptibles de tratamiento con las técnicas terapéuticas habituales. La terapia de los cuadros depresivos implica el tratamiento farmacológico, el psicológico, el electroconvulsivo y el apoyo social los cuales se describen a continuación:

a) Tratamiento farmacológico.

La imipramina, la desmetilimipramina, la clorimipramina y el doxepin pueden producir efectos terapéuticos satisfactorios en tres o cuatro semanas con dosis de 75mg al día.

b) Psicoterapia.

Las psicoterapias de la depresión deben ajustarse en sus técnicas, plazos y objetivos a las modalidades de cada tipo de depresión y a cada paciente. En la mayoría de los casos conviene incluir al grupo familiar ya que las respuestas inadecuadas y a veces francamente agresivas ante las quejas del paciente deprimido, empeoran su depresión haciéndole sentir que es una carga y que a su edad, ese estado se transformará en locura.

c) Terapia electroconvulsiva.

Es un método terapéutico cuya aplicación compete sólo al médico psiquiatra con experiencia en clínica; además debe usarse en los casos adecuados y en el lugar y con las precauciones correspondientes.

d) Apoyo social.

Los adultos mayores que padecen depresión no deben convivir con jóvenes esquizofrénicos, alcohólicos o drogadictos, ya que representan un peligro para los pacientes seniles por tal motivo es preciso diseñar programas que les brinden atención ambulatoria u hospitalaria como asilos o clubes de enfermos seniles.³⁸

1.1.5 LA FAMILIA.

1.1.5.1 TIPOS DE FAMILIAS.

El tipo de relación que emerge en un núcleo familiar puede ser ubicado en un continuo que va desde una familia nutridora hasta una familia conflictiva o problemática se pueden describir una serie de características relacionadas con la posibilidad de desarrollo de sus miembros, es decir, al grado en que se permite la individualización, a la estructura del poder, a la capacidad de aceptación de la separación y pérdida, al clima afectivo imperante en la familia y a la forma en que se percibe la realidad y se evalúa a los otros, a continuación se describen las familias nutridoras y las conflictivas.

a) Familias nutridoras.

La estructura se caracteriza por ser flexible, con límites claros entre sus miembros y demarcaciones nítidas entre los subsistemas de la pareja, de hermanos y de las relaciones padres e hijos, así mismo, los cambios no son amenazantes; la angustia se considera como una señal de que hay algo que cambiar y existe un equilibrio que permite adaptarse a los cambios. El desarrollo individual es muy importante como también lo es el funcionamiento total del sistema familiar. En estas familias se estimula el crecimiento de sus padres, preservando su salud mental lo que produce niños autónomos lo que permite a cada miembro sentir, pensar y actuar con individualidad separada, haciéndose responsable a su vez de lo que piensa, actúa y siente.

Mientras el proceso de individualización es más completo, las interacciones son más autónomas y hay libertad de comunicación, se puede ser abierto y vulnerable siendo frecuente la expresión de sentimientos, también hay respeto por la experiencia de otros, por sus sentimientos y sus pensamientos. En las familias nutridoras es fácil su expresión abierta del afecto, del humor, la ternura, calidez y esperanza. Hay un tono emocional positivo; Las personas pueden trabajar juntas con placer y también pueden expresar sentimientos negativos con plena conciencia del otro. de esta manera, los miembros pueden comunicar sus necesidades libre y claramente y conocer las posibilidades que tienen los otros para satisfacerlas.³⁹

b) Familias conflictivas.

La estructura familiar se caracteriza en este grupo por ser dirigida, con normas poco claras y resistentes al cambio. Los límites son indefinidos entre los subsistemas, sin conexión con las otras personas del grupo. En las familias conflictivas se pueden distinguir dos estilos de interacción: Los estilos despegados y los entretreído. En ambos se presentan serias dificultades para el desarrollo de sus miembros las cuales se describen a continuación:

1.- En las familias con estilo de relación despegadas:

Existe un cisma entre ambos padres y también entre los demás miembros del núcleo familiar; es decir, los miembros se mueven en órbitas aisladas sin resonancia entre si, interesándose más en si mismos que en la relación que podrían establecer con otros. Se centran en los hijos siendo esta la razón por la cual la familia se mantiene unida. En las familias despegadas se detiene fácilmente el proceso de individualización. Si el hijo es usado como fuente de unión en una relación donde radica su adaptatividad, difícilmente desarrollará la suficiente autonomía para diferenciarse de otros; le será difícil sentir, actuar como individualidad separada y hacerse responsable de lo que piensa, actúa y siente. La sobre involución emocional con sus padres lo atrapa en relaciones poco claras e inmutables. Evitará dañarlos, no oponiéndose, ya que si se opone se sentirá poco cooperador y agradecido y si no se opone, se desarrollará en él poco a poco un estado de confusión. Todo lo anterior significa la imposibilidad de desarrollar un núcleo central, una yoidad, que permita la diferenciación y un proceso de individualización más completo. El individualismo llevará a ser impermeable a la percepción de los otros, a no tener respeto por los demás, a no comprometerse, a una falta de resonancia afectiva y a un interés centrado más en si mismo que en la relación interpersonal habrá así ausencia de un clima afectivo y cálido. Se puede desarrollar un espíritu de competitividad; de lograr seguridad en si mismo a través de "ser más" que el otro, no importando a veces los medios. Habrá carencia o temor en la expresión de sentimientos, por miedo al rechazo o bien por desconocimiento de como expresarlos, debido a la ausencia de modelos, de vivencias personales al respecto.⁴⁰

Los sentimientos de soledad que pueden emergerse se pueden tratar de compensar con el logro de metas a corto plazo, en las cuales a veces se gasta gran cantidad de energía y recursos intelectuales, cada uno tiene así su propia visión del medio y del mundo. Siendo poco frecuentes las creencias compartidas y una vivencia con concordancia del paso del tiempo y del futuro.

2.- En las familias con estilo de relación de interacción entretreído.

Los miembros se muestran literalmente pegados. Es un sistema con una alta resonancia entre las partes y un fuerte entrelazamiento entre sus miembros. Lo que produce cambios en uno de ellos provoca rápidamente resistencia complementaria por parte de otros, manteniéndose así un equilibrio familiar disfuncional, la falta de diferenciación entre los miembros, debido a sus conexiones tan fuertes, produce así un debilitamiento entre los límites, lo que impide que los subsistemas puedan relacionarse eficientemente. En estas familias no hay tiempo ni energías para cada uno, no se mantienen los límites que separa a los padres y a los hijos. La territorialidad y el tiempo de cada uno se invade de manera inadecuada e inoportuna. Se presenta una dificultad para el desarrollo del proceso de individualización siendo rechazada, se considera un peligro, no tolerándose la diferenciación en la familia. Todos se controlan y controlan que todos piensen igual. Se da un "yo" masivo familiar, no diferenciado. Es así como los individuos no se pueden responsabilizar por sus sentimientos, pensamientos o acciones. Se vive con un pantano emocional en el cual hay imposibilidad de elegir entre dos metas ser individuo y ser aceptado. La masificación familiar se refleja también en el hecho de que los padres señalan a sus hijos que pensar y que sentir. Hay invasión de los límites de los otros, de este modo se imposibilita aún más el conocimiento del propio ser, como también aumenta la impermeabilidad a la percepción de los otros. La visión individual es raramente compartida, por lo que las discusiones no llevan a negociación ni intercambio.

En general, en las familias conflictivas en las cuales se dificulta el desarrollo armonioso del proceso de individualización, se dificulta también la aceptación del futuro y la posibilidad de adaptación a los grandes cambios a lo largo del crecimiento, desarrollo y envejecimiento. Habrá tristeza y temor a la muerte.⁴¹

1.1.5.2 RELACIONES INTERPERSONALES EN LA VEJEZ.

El matrimonio en la tercera edad.

La mayoría de parejas casadas de edad avanzada cuentan con matrimonios de larga duración por tal motivo el cónyuge constituye la mejor defensa contra muchos de los problemas que puedan surgir con la vejez. Los estadounidenses mayores de 60 años que están casados, suelen gozar de mejor salud y de un nivel de vida más alto y son más felices que los solteros, divorciados o viudos. La naturaleza de un matrimonio en sus inicios constituye el mejor indicador de como es en sus últimas fases; si bien los niveles absolutos de conflictividad, actividad sexual o intensidad emocional disminuye con el tiempo, las parejas cuyo nivel era alto o bajo a lo largo de los años suelen mantenerlo parecido al nivel inicial en cada uno de los otros aspectos en caso de producirse cambios en los matrimonios estos suelen ser positivos ya que mantienen relaciones menos conflictivas y experimentan más placer por estar juntos que las parejas más jóvenes también al hacer planes para el futuro las parejas con más edad lo hacen con una visión más positiva, la mayoría de las parejas creen que su matrimonio ha mejorado con los años acostumbran ser más felices y a estar más satisfechos en el matrimonio, acumulan experiencias compartidas a lo largo de la vida conduciendo a que los matrimonios sean más compatibles que todos los factores contextuales pues lo que han compartido suele cambiar a ambos cónyuges de forma similar, de manera que la personalidad, las perspectivas y los valores de las parejas de larga duración son más parecidos ya que se observa en muchos aspectos de la vida en común, desde compartir las tareas del hogar hasta decidir el lugar de vacaciones que cuanto más tiempo lleva casada una pareja, más posibilidades existen de que ambos crean que su relación es justa e igualitaria. La solidaridad entre estas parejas sorprende cuando uno de los dos queda discapacitado. Las personas mayores encuentran que la relación sexual es afectuosa y tierna es más importante que el orgasmo. La actividad sexual no es tanto una cuestión de pasión impetuosa, sino de una expresión de la intimidad orientada hacia el otro. Puesto que la sociedad no considera sexy a la gente mayor, ni que estén interesados en el sexo, o sexualmente activos, algunos adultos sanos abandonan el tener relaciones durante los últimos años de su vida.⁴²

En algunos casos, los adultos que pensaban en el sexo como una obligación o como algo desagradable, utilizan su edad como excusa aceptable para poner fin a sus relaciones.

Otro acontecimiento en los matrimonios entre personas mayores es la jubilación. El hombre se encuentra sin trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros pero ansían más la jubilación que sus esposas ya que se tendrán que adaptarse a que su marido este en casa todo el día ya que podrían tener problemas conyugales, que incluyan un descenso en la libertad personal, demasiados encontronazos y exigencias sobre su tiempo, así mismo cuando las esposas que han tenido trabajos fijos se retiran, se enfrentan a la misma pérdida de ingresos y contactos sociales que sus maridos, pero también pierden independencia puede ponerlas más en contra de dejar su trabajo, especialmente si su carrera comenzó a la mediana edad y todavía están muy absortas en su trabajo o indican su rechazo a vincular su momento de retirarse con la edad de su esposo. Algunas parejas mayores pueden adaptarse a los cambios en los roles conyugales cuando sus matrimonios entran en la etapa de jubilación del esposo.

Relación de hijos maduros con padres que envejecen.

El vínculo padre-hijo cambia a medida que los hijos adultos maduran, ya que desarrollan un punto de vista general más equilibrado sobre la relación, por ejemplo los hombres valoran al hombre mayor, aprecian cada vez más sus cualidades y van aceptando mejor sus limitaciones así mismo, las mujeres aprecian más a la generación anterior y comprenden mejor su propio papel de salvaguardar las tradiciones familiares y de los vínculos entre generaciones. Los hijos adultos de mediana edad ayudan a sus padres de varias formas proporcionándoles apoyo económico, cuidados personales, llevarles de un sitio a otro, salir juntos, ayudarles con las tareas del hogar, los padres aprecian lo ya mencionado, pero valoran más el afecto y respeto de sus hijos que la ayuda material, por que gran parte de las personas mayores gozan de buena salud; son activas e independientes por lo general prefieren no vivir con sus hijos gracias al cambio de la situación económica la mayoría de ellos pueden correr con sus propios gastos, lo que otorga cierta libertad e intimidad y en algunas ocasiones compensan a sus hijos con regalos. Los miembros de la generación intermedia pasan a ser salvaguardas de la familia ya que ellos mantienen viva la comunicación entre los parientes, organizan y acogen reuniones familiares, ayudan al que esta enfermo o al que atraviesa cualquier otra situación de crisis.⁴³

La viudedad.

En la mitad de los matrimonios de personas mayores experimenta la muerte de uno de los cónyuges debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, sin embargo la pérdida del esposo o esposa es fuente de un intenso estrés emocional a cualquier edad. El que sobrevive atraviesa un largo periodo de duelo, que suele tener varias fases, la respuesta inicial es de shock el cónyuge que esta en duelo experimenta insensibilidad y se niega a aceptar la realidad de la pérdida el dolor que caracteriza la fase siguiente, que es la primera etapa del duelo, es la de protesta el cónyuge que sufre la condolencia esta agitado, temeroso, oprimido por un intenso dolor y esta sujeto a brotes de angustia que rozan el pánico, Estos sentimientos parecen ser resultado del fuerte impulso repentino de buscar al cónyuge desaparecido, seguido del reconocimiento de que tal búsqueda es inútil con el reforzamiento de la convicción de que no hay esperanza puede llegarse a entrar la fase de desesperación, una depresión letárgica que dura hasta que empieza la recuperación. Aún así, el dolor no es constante; viene a rachas y tras la fase de intensa desesperación, puede volver a desencadenarse en los aniversarios o con los recuerdos.

La fase final de recuperación implica tres procesos la aceptación cognitiva, la emocional y el cambio de identidad. La persona en duelo:

- 1.- Desarrolla una explicación favorable de las razones de la muerte.
- 2.- Se las arregla para neutralizar los recuerdos y asociaciones de modo que el recordar no la paralice para funcionar.
- 3.- Construye una nueva imagen de si, en la que el apego al cónyuge desaparecido forma parte de su pasado.

En algunas circunstancias, la recuperación no tiene lugar y el dolor es crónico. Si la pérdida no tiene sentido o el que sobrevive se siente responsable de la muerte, el proceso de aceptación cognitiva se interrumpe. Si el cónyuge tenía sentimientos ambivalentes respecto al fallecido, como cuando la muerte representa el fin de un matrimonio conflictivo, estos sentimientos confusos pueden impedir que el proceso de aceptación emocional siga adelante. Si además sufre de baja autoestima y era muy dependiente de su pareja, el desarrollo de una nueva imagen de si puede que no sea posible por ultimo, si tiene profundos sentimientos de responsabilidad respecto al cónyuge fallecido y mantiene un compromiso emocional para su bienestar puede creer que el recuperarse supone ser desleal. En tales

casos, la promesa de no olvidar nunca al cónyuge puede implicar la promesa de no recuperarse jamás.⁴⁴

Adaptación al rol de persona viuda.

Las mujeres parecen adaptarse a la vida solitaria ya que esperan vivir más que sus maridos y hasta cierto punto, se anticipan a ello y se preparan para adaptarse a algunos de los cambios que requiere la viudedad además tienen amigas y vecinas que se encuentran viudas y pueden prestarles su apoyo y comprensión. Los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza ya que los hombres que están en la vejez crecieron con ideas restrictivas sobre el comportamiento masculino y solían depender de sus esposas, para que estas fueran quienes realizaran las tareas básicas de la vida diaria y fueran su principal apoyo emocional y fuente de interacción social. Las mujeres tienen más problemas con las consecuencias económicas, suelen contar con una pensión inferior a la de su marido y es probable que tengan menos conocimientos sobre ahorros e inversiones en muchos de los casos la viudedad las lleva a la pobreza. Los hombres una vez superada la depresión descubren que pertenecen a un grupo muy buscado, es decir, el de los solteros ya que muchas mujeres estarán encantadas en prepararles la comida, limpiar su casa y casarse con ellos en general las mujeres viudas no quieren volver a casarse después de pasar un periodo sin responsabilidades del papel de esposa, muchas no desean volver a tenerlas y disfrutan de su nueva independencia, sus relaciones sociales y sienten placer de la realización porque le han dado un nuevo sentido a su propia existencia.⁴⁵

Los solteros y los divorciados.

En la actualidad el 4% de los estadounidenses jamás ha estado casado. Aunque las personas mayores solteras hubieran elegido una trayectoria distinta durante su vida, suelen mostrarse satisfechas con su independencia dado que han vivido toda la vida sin un cónyuge, suelen haber desarrollado un alto nivel de vida, unos modelos sociales alternativos y la práctica de actividades que les mantienen activos y felices durante la vejez, mientras gozan de buena salud. Hay un gran número de personas solteras que son homosexuales y lesbianas, y muchas de ellas tienen compañeros desde hace mucho tiempo, así como redes sociales. Las personas mayores que nunca se casaron, las mujeres en particular, acostumbran a mantener una estrecha relación con sus familiares, cuidan de los padres ancianos, viven

con un hermano o ayudan de forma activa a sobrinas y sobrinos. También valoran su independencia y aunque suelen vivir solas, no se sienten solas y sufren menos que las casadas.

Las que se divorcian durante la vejez puede ser demodolor, ya que marcan el fin de los patrones vigentes de estilo de vida, las costumbres y la autoestima. De hecho, para las mujeres que se divorcian en general pierden la identidad como ocurre en la viudedad o incluso a largo plazo, el divorcio en la viudez se da con poca frecuencia. Las ancianas que han sufrido aislamiento social, sobrecarga de roles o dificultades económicas durante la juventud, se sienten muy orgullosas de sus éxitos pasados si han criado a sus hijos siendo madres solteras o si han triunfado en su profesión en contra de todo pronosticó. Están menos solas que cuando eran jóvenes divorciadas, cuando las parejas casadas acostumbraban a excluirlas y cuando las exigencias de la educación de los hijos limitaban su vida social.

Los hijos adultos de madres divorciadas suelen mantener contacto con ellas y se hace extensivo a los nietos. Los ancianos divorciados no lo llevan igual de bien, porque las mujeres suelen ser las cuidadoras y secretarias sociales de la familia y dado que el contacto entre padre e hijo suele disminuir con el tiempo si las madres tienen la custodia, los hombres se encuentran aislados de los hijos, los nietos y los viejos amigos y los que no vuelven a contraer matrimonio sufren problemas físicos y fisiológicos en mayor proporción que cualquier otra categoría de personas mayores.⁴⁶

Los amigos.

La calidad de la amistad es crucial. El hecho de tener un amigo íntimo constituye una barrera contra la pérdida del nivel de reconocimiento social y de los roles, dada la importancia de la amistad, resulta reconfortable saber que la mayor parte de las personas mayores cuentan al menos con un amigo íntimo. Al igual que en edades más jóvenes, las mujeres parecen mostrar mayor inclinación por la amistad que los hombres ya que si se trata de un hombre casado, es muy probable que sus mejores amigos sean todos miembros de su familia. Las mujeres casadas también tienen amistad con varios miembros de la familia, pero además, cuentan con una amiga íntima ajena a la misma. Las personas mayores no casadas tienen más amigos íntimos fuera de la familia que las casadas. En hombres, los amigos de este tipo pueden ser tanto hombres como mujeres, en el caso de las mujeres no casadas, ese amigo es casi siempre una mujer como en todas las demás edades, la naturaleza de la amistad guarda relación con los sentimientos de bienestar y autoestima de tal modo que cada año de duración de la

amistad concreta incrementa los recuerdos compartidos, las intimidades y la gratitud por el apoyo prestado en el pasado, aunque las personas mayores disfrutan relacionarse con personas mucho más jóvenes, aprecian de forma especial a sus amigos de toda la vida, que conocieron en su juventud en algunos casos, estas preferencias pueden causar aflicción, ya que algunos de sus apreciados amigos mueren y otros acaban quedando discapacitados, lo que dificulta el mero hecho de verse. En este último caso, muchas personas mayores mantienen su amistad por medio de cartas, postales y llamadas telefónicas, circunstancias que hace que la oficina de correos o el teléfono pasen a ser elementos tan vitales para la vida social en la vejez como lo fueron en la adolescencia.

Los hermanos.

La relación entre hermanos, que pueden estar muy unidos durante la vejez e incluso ser como un amigo íntimo pero no siempre existe esta unión, sino que la rivalidad de la infancia perdura a la vejez. En algunos casos, la muerte de los padres en vez de liberar a los hermanos de la rivalidad, la acentúa e incluso si el hermano fallece no implica que el superviviente deje de sentir celos. Aunque en la vejez es probable que las disputas entre hermanos desaparezcan y aumente la unidad.

Los hermanos que se respetan y se aprecian durante la edad adulta, pero no han pasado mucho tiempo juntos, suelen convertirse en confidentes íntimos y pueden compartir residencia cuando fallecen los cónyuges. La relación entre hermanas acostumbra ser muy íntima. Las características de las relaciones entre hermanos es muy influida por los valores familiares adquiridos en la niñez ya que si la familia fomenta la idea de que uno debe proteger a su hermana o pelearse por su hermano es probable que este valor vuelva a emerger durante la vejez, sobre todo si la salud delicada o la soledad suponen una amenaza.

1.1.5.3 LAS PERSONAS MAYORES CON SALUD DELICADA.

El hecho de que una persona mayor en particular esté gravemente enferma, tenga algunos achaques o disfrute de una salud excelente no depende de su edad, sino de su estructura genética y el estilo de vida pasado y actual, también pueden ser cruciales los factores psicosociales, como con cuánto apoyo social cuenta la persona y si esta cree que controla su vida cotidiana.

Las personas mayores de salud delicada, grupo que incluye a los físicamente débiles, a los que están muy enfermos y a los que presentan deficiencias en sus facultades cognitivas en los cuales el signo decisivo que marca la salud delicada es la incapacidad para llevar a cabo, de un modo seguro y

correcto; las distintas tareas que implican el cuidado de uno mismo, es decir, las actividades de la vida diaria básicas y estas son: comer, bañarse, afeitarse, caminar y vestirse no se considera salud delicada hasta que la persona es incapaz de realizar un mínimo de tres tareas para llevar una vida independiente tienen la misma importancia las actividades de la vida, diaria instrumentales, que son las tareas que necesitan competencia intelectual y reflexión previa al disminuir la capacidad de realizar dichas actividades provoca un deterioro suficiente como para considerar que la persona tiene una salud cognitiva delicada y entonces, depende de los demás para preparar la comida, tomar la medicación, comprar, cuidar de la casa, etc.⁴⁷

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Durante el proceso de enfermedad, la familia sufre igual el impacto que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar ante esto la enfermera debe prevenir, diagnosticar e intervenir oportunamente.

La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de ajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres y definición tanto del significado de la enfermedad como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla de acuerdo a la respuesta adaptativa que presente ya puede ser una de las siguientes:

- ⇒ La tendencia centrípeta se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia todas y cada una de las actividades que estas realizan están dadas en función del enfermo, es como si todos giraran alrededor de él; convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.
- ⇒ La tendencia centrifuga se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evaluación de la enfermedad.

La falta de colaboración y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del paciente enfermo puede tener consecuencias graves para el miembro cuidador, tales como: depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc.

En la familia en general se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo, también la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave, que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario del paciente crónico, como es el caso del paciente nefrópata o pediátrico no solo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad es esta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.⁴⁸

1.1.6. ESTADO DEL ARTE

1.1.6.1 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

Tapia Mejía y colaboradores realizaron en el 2000 la investigación titulada Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica en el hospital general de zona 1 del IMSS de Tlaxcala, donde el objetivo fue identificar las características de la depresión en pacientes senescentes con enfermedad crónica.

En la metodología se aplicó encuesta poblacional, transversal, con aplicación de depresión de Calderón Narváez que identificó grados de depresión en derechohabientes del IMSS en mayores de 65 años y con enfermedad crónica. Las variables a estudiar fueron sexo, estado civil, dependencia física, económica, composición familiar, escolaridad y ocupación, se contrastaron las diferencias con pruebas no paramétricas.

Los resultados fueron 123 pacientes (51 hombres y 72 mujeres) 20.5% no tuvo depresión, 32.5% depresión leve, 44.5% depresión media y 2.5% depresión severa. Al contrastar los deprimidos con los no deprimidos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, estado civil, dependencia económica, escolaridad y patología de fondo. Se observó significancia estadística en cuanto a la dependencia física, con énfasis en el curso en el grupo que cursó con depresión media y leve como discusión se encuentra que la única característica que parece tener relación con la depresión es la dependencia física. No se logró demostrar la presencia de otros factores estudiados.⁴⁹

Frias Reyna y colaboradores realizaron en el 2004, en el IMSS de la ciudad de Hermosillo Matamoros, Tamaulipas la investigación titulada beneficios y barreras percibidas para ejercicio en adultos con diabetes mellitus tipo 2 la cual tuvo como objetivo describir los beneficios y barreras percibidos para la realización de ejercicio por el adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 en la metodología se describe que fue un estudio descriptivo, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia; participaron 144 adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Se utilizó la Escala de beneficios y barreras percibidas del ejercicio que consta de 43 reactivos; 29 corresponden a la subescala de beneficios y 14 a la subescala de barreras. Los beneficios y barreras fueron descritos a través de medidas de tendencias central y diferencias de medianas para lo que se utilizaron las pruebas U de mann Whitney y Kruskal- Walis.

Los resultados y conclusiones son que el estudio permitió conocer los beneficios y barreras percibidos para ejercicio por los adultos con diabetes mellitus 2 promedio de los participantes fue de 55.63 años (DE= 11.49); la escolaridad alcanzó una media de 4.45 años (DE=3.84) y los años de diagnóstico mostraron una media de 7.53 años (DE=6.81). El 81.3% fue del sexo femenino, 66.0% tenía pareja, el 68% fue amas de casa. La subescalas de beneficios obtuvo un coeficiente de cronbach de .84, en tanto que el de barreras fue de .68. El índice de beneficios percibidos para el ejercicio por los adultos con diabetes alcanzó una media de 88.64 (DE= 9.44). El índice de barreras percibidas muestra una media de 36.78 (DE=15.34). Las variables beneficios y barreras no mostraron estar relacionadas con edad, escolaridad, ni años de diagnóstico (P20.3) tampoco mostraron diferencias de acuerdo a sexo, ocupación, estado marital, presencia de otra enfermedad y presencia de complicaciones (P2.05).⁵⁰

Otro estudio realizado por Meza Guevara y colaboradores en el 2003, en un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad de H. Matamoros Tamaulipas la investigación titulada calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 la cual tuvo como objetivo describir la percepción que poseen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida y explorar la relación de variables sociodemográficas y estado de salud con calidad de vida.

En la metodología el diseño fue descriptivo correlacional, la población la conformaron pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ambulatorios que asisten a control en un hospital de segundo nivel de atención, el promedio de respuesta fue 57% por lo que la muestra final fueron 68 pacientes para las variables sociodemográficas se utilizó una cédula de identificación.

El estado de salud se determinó a través de indicadores clínicos; años de padecer la enfermedad, tipo de tratamiento, número de complicaciones y de hospitalización, índice de masa corporal (IMC) y el control metabólico (HbA1c). Se utilizó el instrumento DQOI para medir calidad de vida, el cual incluye tres dimensiones: A) Satisfacción con el tratamiento, B) Impacto de la enfermedad; C) Preocupación social, para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva y el coeficiente de corrección de Pearson, t de student y ANOVA, Alpha de Cronbach para conocer la confiabilidad del instrumento.

Los resultados fueron que la percepción de la calidad de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 fue de regular a baja, la subescala preocupación social e impacto de la enfermedad fueron los que obtuvieron resultados bajos. Los factores relacionados a baja calidad de vida incluyeron; años de padecer la enfermedad, presentar complicaciones como neuropatías, niveles elevados de HbA1c, el llevar tratamiento con medicamento oral e insulina. Se concluye que los resultados sugieren que es importante promover programas que mejoren la calidad de vida de los pacientes, y aconsejaría para que el paciente pueda autocuidarse.⁵¹

Otro estudio realizado fue el de Cano Fajardo y colaboradores en el 2005, en el área urbana del municipio de H. Matamoros Tamaulipas la investigación titulada Intervenciones de enfermería sobre el conocimiento de la dieta en personas con diabetes mellitus 2 la cual tuvo como objetivo conocer el nivel de conocimiento de la dieta que tienen las personas con diabetes mellitus tipo 2, antes y después de las intervenciones de enfermería.

En la metodología; el diseño fue descriptivo, preexperimental y longitudinal. El muestreo fue probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra estuvo conformada por 9 personas. El instrumento utilizado fue "Conocimiento de la Dieta". Los resultados fueron que el instrumento de conocimiento de la dieta obtuvo una Alpha de Cronbach de 76. La significancia estadística fue relevante entre la primera y segunda medición. En las mediciones se obtuvo, una media de (32.07) en la primera medición con (DE= 11.72) y la segunda (67.42) con una (DE=14.81)(26).⁵²

En el estudio realizado por Guerrero Sustaita y colaboradores del Hospital de segundo nivel del sector salud, de la capital del estado de San Luis Potosí la investigación titulada, Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética la cual tuvo como objetivo determinar el grado de depresión que presenta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), en relación a los pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética.

En la metodología el estudio fue observacional, comparativo y transversal. Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que acuden a consulta externa del servicio de medicina familiar, en un hospital de 2 do. nivel de la capital del estado de San Luis Potosí y 100 pacientes con diagnóstico de nefropatía diabéticas, que acuden al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria del mismo hospital. El instrumento utilizado fue el GHQ-28 (General Health Questionary), en su versión validada, confiable y estandarizada al español, para medir la variable dependiente (grado de depresión) para la variable independiente se utilizó un cuestionario que reveló los aspectos sociodemográficos de la población, así como la evolución de estas patologías.

Los resultados indican que un 28% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a diferencia de un 84% de los pacientes con nefropatía diabética, cursan algún estadio de depresión. Se concluye que el estado psicológico de los pacientes va deteriorándose de acuerdo a la evolución crónico-degenerativa propia de la enfermedad.⁵³

Hernández Ronquillo y colaboradores realizaron en 1998 y 1999 la investigación titulada, factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2 en 4 clínicas de la ciudad de México las cuales fueron la clínica San Pedro de los Pinos y Centro Médico Siglo XXI del IMSS y el hospital Gea González y centro de salud Margarita Chorné, de la Secretaría de Salud teniendo como objetivo identificar la frecuencia y factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la metodología se llevo a cabo un estudio transversal en 79 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se recolectaron datos sobre el cumplimiento terapéutico, para la cual se visitó el domicilio de los sujetos de estudio entre marzo de 1998 y agosto de 1999, con el fin de contar los medicamentos. Se

definió cumplimiento cuando el 80% de las pastillas o de las dosis de insulina que le correspondía. Se midió el grado de cumplimiento para cada una de las medidas terapéuticas (dieta, ejercicio y asistencia a citas). Los resultados fueron que la edad promedio del grupo fue de 59 años, 58 pacientes (73%) fueron del sexo femenino. La frecuencia de incumplimiento general fue de 89%. La frecuencia de incumplimiento en el grupo donde se pudo llevar el control de medicamentos fue 62% para la dieta 85% para el ejercicio. 17% para la administración de hipoglucemiantes 73% para la aplicación de insulina y 3% para la asistencia a cita. Sólo la asociación de incumplimiento con la presencia de hipertensión arterial sistémica más obesidad fue estadísticamente significativa (RM= 458 , IC 95% = 1.0 - 22.4 p = 0.02). El instrumento que se utilizó para identificar la depresión fue la escala de depresión de Beck. Se incluyó que la frecuencia de incumplimiento fue muy alta especialmente a lo que se refiere a la dieta y al ejercicio ⁵⁴

Otro estudio realizado fue el de Méndez López y colaboradores en la UMF No. 77 del IMSS en ciudad Madero Tamaulipas en el 2002 y 2003 la investigación titulada disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2 la cual tuvo como objetivo identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2. En la metodología estudio prospectivo, transversal y comparativo abierto se estudiaron a 300 pacientes diabéticos tipo 2 en una unidad de medicina familiar del IMSS. Se evaluó la funcionalidad familiar con el apgar familiar, así como el grado de conocimientos sobre la enfermedad. Se consideró que existía funcionalidad familiar cuando el instrumento aplicado mostró resultados entre 7 y 10 y disfunción familiar cuando fueron de 0 a 6.

Se consideraron dos niveles del grado de control, indicador construido al agrupar las cifras de glucemia en ayunas, colesterol total, triglicéridos y presión arterial en una sola variable compleja. Así mismo, se analizó edad, sexo y grado de conocimientos sobre la enfermedad. Se utilizó estadística descriptiva y X² con un nivel de significancia de 0.05.

Los resultados fueron que el grupo identificado con funcionalidad familiar el 36% de los pacientes obtuvo una calificación mayor a 60 en una escala de 0 a 100, en comparación con el grupo disfuncional donde sólo el 8% obtuvo una calificación mayor a 60% el 80% de los pacientes pertenecientes a las familias funcionales mostró parámetros dentro de los límites de control, mientras

que sólo el 56% de los sujetos pertenecientes a familias disfuncionales tuvieron estas características. Se asocia con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético.⁵⁵

Otro estudio realizado por García de Alba García y colaboradores en el 2002 en la UMF No. 78 de Guadalajara Jalisco, la investigación titulada Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico resultados de una intervención. La cual tuvo como objetivo comunicar los resultados de una intervención de ejercicio físico en un grupo de diabéticos tipo 2. La metodología fue mediante un diseño observacional de intervención con ejercicio físico y evaluaciones pre y post, se siguió durante seis meses a 48 pacientes a los cuales se les elaboró historia clínica completa con antropometría, así como cinco pruebas específicas para ponderar condición física; también se aplicó un cuestionario para valorar los conocimientos que tenían los pacientes sobre los efectos del ejercicio físico. Los datos fueron procesados en el programa Epi info 6.04.

Los resultados fueron que las pacientes tuvieron una edad promedio de 56 años, 63% era del sexo femenino y la escolaridad promedio fue de 7.5 años. Después de 6 meses de intervención, se identificaron cambios significativos en los promedios de presión arterial sistólica, glucosa en ayuno, en las pruebas de flexibilidad, fuerza y resistencia, así como en los conocimientos acerca del efecto del ejercicio en la diabetes. Se concluye que los cambios encontrados alientan a profundizar en este tipo de investigación y a instrumentar programas operativos de control integral de la diabetes tipo 2.⁵⁶

Otro estudio realizado por Quiróz Pérez y colaboradores en el 2001, en las unidades de medicinas familiares de la delegación 2 del IMSS la investigación titulada diabetes tipo 2 salud- competencia de las familias la cual tuvo como objetivo evaluar la salud- competencia de las familias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según el tiempo de evolución de la enfermedad y compararla con la de familias de personas sin diabetes, así como determinar la diferencia que presenta entre los pacientes controlados y los no controlados.

En la metodología se incluyeron a 622 individuos con diabetes mellitus tipo 2. Adscritos al IMSS, para el análisis comparativo, 114 personas sin la enfermedad. Se aplicó instrumento de autoevaluación de Beavers. Los sujetos fueron clasificados según cifras de glucosa, calificación de salud - competencia familiar y sus indicadores.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante asociación de variables por χ^2 la validación del instrumento, por métodos de split y alfa; y comparación de medias, por U de Mann-Whitney.

Los resultados fueron que el tiempo promedio de diagnóstico fue de nueve años, 49% tuvo otros padecimientos crónicos, 125 enfermos estaban controlados. La confiabilidad del instrumento fue buena y el promedio de salud competencia de 2.18. En su mayoría las familias resultaron ser adecuadas (53.7%) y sanas (88.1%). Hubo diferencia significativa en la salud-competencia, familiar entre las personas con diabetes y el grupo control y diferencia negativa en los pacientes con menos de seis años comparados con aquellos con 6 a 12 años de saberse diabéticos. La diferencia entre los controlados y los no controlados resultó significativamente. Se concluyó que las familias de los pacientes diabéticos tipo 2 son afectadas por la enfermedad en la salud-competencia, por lo que es necesario involucrar y orientar a todos los integrantes de este grupo sobre la diabetes y su control.⁵⁷

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad la diabetes mellitus exige a la persona que la padece llevar a cabo el autocuidado que consiste en realizar acciones dirigidas a controlar su padecimiento como automonitorización, cambio en los hábitos dietéticos y actividad física, la instauración del tratamiento adecuado y la detección precoz de las complicaciones lo anterior mantiene el control del nivel de glucosa en sangre. La principal intervención del profesional de enfermería es la promoción de la educación del paciente la cual requiere una serie de condiciones tales como: entrenamiento, conocimientos y habilidades pedagógicas, buena capacidad de comunicación y capacidad para escuchar, comprender y negociar a fin de lograr la participación activa del paciente en el control metabólico y tratamiento efectivo para mejorar la calidad de vida. Sin embargo las complicaciones de la diabetes mellitus originan demanda en la consulta externa de los hospitales del IMSS principalmente la vasculopatía diabética trayendo como consecuencia grandes costos a dicha institución de salud ya que es tres veces superior al costo del tratamiento y control⁵⁸

En la U.M.F. No.120 se encuentran registrados 854 derechohabientes del turno vespertino que padecen diabetes mellitus no insulino dependiente los cuales han llegado a presentar complicaciones como insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, vasculopatía y enfermedades podológicas también se a observado que más de la mitad no asiste acompañado (a) de un familiar; En dicha unidad se imparten grupos de ayuda para diabéticos los cuales son coordinados por trabajadoras sociales, se abarcan los temas de alimentación, actividad física, emociones y aspectos clínicos de la enfermedad se ha observado que durante los ocho años que llevan funcionando los grupos hay mayor participación de los derechohabientes ya que actualmente están formados 12 grupos por año de los cuales cada uno esta formado por 10 derechohabientes habiendo una deserción de 2 personas por grupo.

Anualmente se capacitan a 96 personas de las cuales se lleva seguimiento y se ha observado que 48 personas son las que logran cambiar sus hábitos dietéticos y su actividad física y llevar acabo la adherencia terapéutica lo que representa que el 5.6% de los diabéticos esta capacitado para llevar acabo su autocuidado por otra parte en diferentes estudios se ha encontrado que el déficit de autocuidado esta asociado a la depresión, a la falta de apoyo familiar, a la falta de adherencia terapéutica, a la ocupación, a la falta de los cambios en los hábitos dietéticos y actividad física y a la falta de información sobre las complicaciones de la diabetes mellitus por tal motivo nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuales son los factores que contribuyen al déficit de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la U..M.F. No. 120 del IMSS de abril a junio del 2006?.

3.- PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. OBJETIVOS

GENERAL.

Identificar los factores que contribuyen al déficit de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS de abril a junio del 2006.

ESPECÍFICOS.

- ⇒ Determinar el tipo de apoyo familiar en los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120.
- ⇒ Analizar el tipo de actividad física de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120.
- ⇒ Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120.
- ⇒ Identificar el tipo de ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120.
- ⇒ Analizar los hábitos dietéticos de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120.
- ⇒ Identificar el grado de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo 2 sobre las complicaciones de la diabetes mellitus de la U.M.F. No.120.
- ⇒ Analizar los factores que contribuyen al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos de la U.M.F. No.120 del turno vespertino.
- ⇒ Identificar la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120.

3.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

- ⇒ La falta de información sobre las complicaciones de la diabetes mellitus determinan el déficit de autocuidado en los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS.
- ⇒ La falta de adherencia terapéutica determina el déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS.
- ⇒ La depresión contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS.
- ⇒ La falta de apoyo familiar contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS.
- ⇒ La falta de cambios en los hábitos dietéticos contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120 del IMSS.
- ⇒ El tipo de ocupación contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120 del IMSS.
- ⇒ La falta de actividad física contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No.120 del IMSS.

3.3 VARIABLES.

3.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.

- ⇒ Complicaciones de la diabetes mellitus.
- ⇒ Adherencia terapéutica.
- ⇒ Depresión.
- ⇒ Apoyo familiar.
- ⇒ Actividad física.
- ⇒ Hábitos dietéticos.
- ⇒ Ocupación.

3.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

- ⇒ Déficit de autocuidado.

3.3.3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE.	TIPO.	DEFINICIÓN.	ITEM.
Apoyo familiar.	Independiente.	Se define como la promoción de los valores, intereses y objetivos de la familia.	Se evaluará por medio del instrumento de evaluación del apoyo familiar del paciente diabético tipo 2. 1) Apoyo familiar bajo de 51 a 119 puntos. 2) Apoyo familiar medio de 120 a 187 puntos. 1) Apoyo familiar alto de 188 a 265 puntos.
Depresión	Independiente.	Se define como el estado emocional , anormal caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío y desesperanza, en el grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad.	Se evaluará por medio de la escala de depresión de Beck. 1)1-10 puntos normal. 2)11-16 puntos disturbios emocionales. 3)17-20 puntos depresión clínica. 4)21-30 puntos depresión moderada. 5)31-40 puntos depresión severa. 6) más de 41 puntos depresión extrema.

VARIABLE.	TIPO.	DEFINICIÓN.	ITEM.
Complicaciones de la diabetes mellitus.	Independiente.	Se define como la lesión que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa.	1) Conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes mellitus. 1) Retinopatía. 2) Hipertensión Arterial. 3) Vasculopatía. 4) Enfermedades podológicas. 5) Hipoglucemia. 6) Hiperglucemia o cetoacidosis. 7) Insuficiencia renal.
Hábitos dietéticos.	Independiente.	Se define como la práctica acostumbrada de consumir los alimentos y bebidas considerados según sus cualidades nutritivas, composición y efectos sobre salud.	1) Horario de comida. 2) Lugar de consumo de los alimentos. 3) Alimentos consumidos.
Ocupación.	Independiente.	Es el tipo de trabajo o profesión específica que desempeña una persona.	1) Amas de casa. 2) Comerciantes. 3) Obreros. 4) Pensionados. 5) Jubilados. 6) Labores de oficina. 7) Otro.

VARIABLE.	TIPO.	DEFINICIÓN.	ITEM.
Adherencia terapéutica.	Independiente.	Se define como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el medico tratante en cuanto a la toma de medicamentos, el cambio de hábitos de vida, la asistencia a otras citas con el medico, practicarse los exámenes por el ordenados, estar pendientes de tomarse los exámenes de control según la edad.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tratamiento farmacológico. 2) Asistencia a consulta medica. 3) Realizar la automonitorización 4) Asistencia a grupos de autoayuda para diabéticos.
Actividad física.	Independiente.	Estilo de vida que incluye ejercicio aeróbico.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Realización de ejercicio tres veces por semana con una duración de 45 minutos.
Déficit autocuidado.	Dependiente.	Se define como la deficiencia de la capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para vivir en casa o comunidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Falta de adherencia terapéutica. 2) Falta de actividad física. 3) Falta de cambios en los hábitos dietéticos. 4) Falta de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes mellitus. 5) Nivel de glucemia > de 140 mg/dl.

3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio fue transversal y descriptivo el cual estuvo dirigido a los derechohabientes adscritos en la U.M.F. No. 120 del turno vespertino que padecen diabetes mellitus tipo 2 del periodo comprendido de abril a junio del 2006.

3.5. POBLACIÓN.

Los derechohabientes adscritos al turno vespertino de la UMF No. 120 del IMSS son: 27,936 individuos de los cuales 854 padecen diabetes mellitus.

3.6. MUESTRA.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a la siguiente formula⁵⁹ la cual fue de 85 derechohabientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 del turno vespertino.

N=Tamaño de la Población la cual es de 854.

n'=Tamaño de la muestra sin ajustar la cual es 711.

n=Muestra determinada.

Formula.	Sustituyendo.	Resultado.
$n = \frac{n' \cdot N}{1 + n'}$	$n = \frac{711 \cdot 854}{1 + 711}$	$n = 85$

3.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

3.7.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ⇒ Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con 5 años o más de evolución.
- ⇒ Ambos sexos.
- ⇒ Adscritos a la U.M.F. No. 120 del turno vespertino.
- ⇒ Acompañados del familiar.

3.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

⇒ Pacientes que no acepten participar en el estudio.

3.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

⇒ Pacientes que contesten el cuestionario en un 80%.

3.8. PILOTEO.

Se entrevisto a 5 conocidos de la pasante que padecen diabetes mellitus y a sus familiares aplicándoles los 3 cuestionarios de los cuales se observó que en la pregunta 25 del instrumento que se aplicó al paciente y en donde se valora generalidades de la diabetes no se comprendió la terminología médica por lo que se optó cambiar las palabras a un nivel más apto para el usuario. El tiempo que duró la entrevista fue de 45 minutos por cada persona. En los otros dos instrumentos que se relacionan con el apoyo familiar y el aspecto emocional no presentaron ninguna modificación.

3.9. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La recolección de datos de la investigación se realizó en los meses de Abril a Junio del 2006 en la Unidad de Medicina Familiar No.120 del IMSS dirigida a los derechohabientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 del turno vespertino y familiares de estos. El cuestionario dirigido al paciente Diabético estuvo subdividido por 3 apartados el primero con los datos generales, el segundo apartado evaluaba aspectos relacionados con la enfermedad y el tercero contenía los aspectos relacionados con la alimentación.

El segundo instrumento que se enfoco a los aspectos relacionados con el estado emocional del paciente en dónde se utilizo la escala de depresión de Beck⁶⁰ el cual de acuerdo a la puntuación que tenían se determinaba el nivel de depresión el cual es el siguiente; 1 a 10 puntos normal, 11 a 16 puntos disturbios emocionales, 17 a 20 puntos depresión clínica, 21 a 30 depresión moderada, 31 a 40 depresión severa por último mayor de 41 depresión extrema.

El tercer instrumento fue para evaluar el apoyo familiar al paciente diabético tipo 2 el cual se subdivide en 4 subescalas: 1) conocimientos sobre medidas de control, 2) conocimientos sobre complicaciones, 3) actitudes hacia el enfermo, 4) actitudes hacia las medidas de control. El apoyo familiar global es clasificado en las categorías Alto (188 a 265), Medio (120 a 187) y Bajo (51 a 119). Se entrevistaron de 3 a 5 derechohabientes por día con una duración de la misma de 30 a 45 minutos por paciente.

3.10. DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis de datos se llevo a cabo por medio de los programas computarizados de Dbase y Epi 6. Los resultados se presentan en cuadros.

3.11. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

El presente estudio no afecto la salud física y moral de los pacientes ya que se ajusta a los lineamientos propuestos para la investigación en humanos de la declaración de Helsinki. Se solicito consentimiento informado por escrito a los derechohabientes y familiares encuestados.

4.- RESULTADOS.

INSTRUMENTO 1: DATOS SOBRE GENERALIDADES DE LA DIABETES MELLITUS.

VARIABLES DE CONTROL.

DATOS GENERALES.

De los resultados se observó que el sexo que predominó fue el femenino ya que de acuerdo al grupo de edad fue de 46 a 50 años el 10.5%, de 51 a 55 fue el 10.5%, de 56 a 60 fue del 12.9%. En el sexo masculino se detectó que el 4.7% de 56 a 60, el 5.8% de 61 a 65, el 4.7% de 71 a 75, el 4.7% de 76 a 80 años (*Cuadro 1*).

Con relación al estado civil se detectó que el 7% es soltero, el 74% es casado y el 18.8% es viudo (*Cuadro 2*).

Respecto a la ocupación se observó que el 61.1% se dedica al hogar, el 7% al comercio, el 2.3% es obrero, el 8.2% es jubilado, el 2.3% se dedica a las labores de oficina y el 10.5% cuenta con trabajos informales (*Cuadro 3*).

Respecto al ingreso económico familiar mensual de los derechohabientes se observó que el 54.1% es menor de 1500 pesos, el 30.5% de entre 1600 a 3000, el 10.5% entre 3001 a 4000 y el 4.7% mayor de 4001 pesos mexicanos (*Cuadro 4*).

La distribución por grupo de edad y escolaridad se observa que el 5.8% cuenta con primaria completa perteneciendo al grupo etario de 46 a 50 años, el 5.8% cuenta con primaria incompleta del rango de edad de 61 a 65 años predominando así la educación primaria en los derechohabientes diabéticos (*Cuadro 5*).

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD.

Distribución por nivel de glucosa y sexo se encontró que el 25.8% del sexo femenino presento niveles de entre 151 a 200 mg/ dl., es decir, su control fue bueno, el 18.8% manejo niveles de 201 a 300 mg/dl. por lo cual su control fue regular y el 15.2% presentó niveles de 121 a 150 mg/dl. obteniendo control excelente. En el sexo masculino el 11.7% manejo de 151 a 200 mg/dl. y el 10.5% niveles de 121 a 150 mg/dl. (*Cuadro 6*).

Distribución por grupo de edad e índice de masa corporal se observó que el 4.7% presentó el I.M.C. mayor de 18 del grupo etario de 56 a 60, es decir, se encuentran en su peso ideal, el 3.5% presentó I.M.C. mayor de 25 de entre 56 a 60 años por lo cual presentan sobre peso y el 23.4% obtuvo el I.M.C. mayor de 27 lo que determina grados de obesidad de los grupos etarios de 51 a 55 y 61 a 65 años (*Cuadro 7*).

TOXICOMANIAS Y ACTIVIDAD FÍSICA.

Con relación al consumo de bebidas alcohólicas se observó que el 16.4% consume dichas bebidas de los cuales el 8.2% consume cerveza, el 7% tequila y el 1.1% otra bebida. La frecuencia con que las consumen es el 14.1% una vez al mes y el 2.3% cada semana. El 83.5% no consume bebidas alcohólicas (*cuadro 8*).

Por lo que respecta al hábito de fumar se observó que el 12.9% fuma de los cuales el 8.2% lo realiza diariamente, el 3.5% una vez al mes y el 1.1% cada 15 días. La cantidad de cigarrillos que consumen es que el 9.4% fuma de 1 a 6, el 2.3% de 7 a 15 y el 1.1% una cajetilla. El 87% no tiene este hábito (*Cuadro 8*).

De acuerdo a la actividad física se encontró que el 49.4% realiza ejercicio de los cuales el 37.6% camina, el 8.2% realiza otro ejercicio, el 2.3% corre y el 1.1% realiza natación, el 23.5% lo realiza 3 veces a la semana el 15.2% diariamente y el 10.5% una vez a la semana, el 20% lo realiza cada 15 minutos, el 17.6% 30 minutos y el 11.7% 45 minutos (*Cuadro 9*). El 50.5% no realiza ejercicio las causas de tal hecho son las siguientes: El 20% por falta de costumbre, el 14.1% falta de tiempo, el 5.8% flojera, el 4.7% problemas de salud, el 2.3% desidia, el 1.1% no hay con quien realizarlo, el 1.1% no le gusta y el 1.1% por el trabajo (*Cuadro 8*).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Con relación al tratamiento farmacológico se detecto que el 77.6% se controla con hipoglucemiantes, el 11.7% con insulina, el 5.8% con dieta y ejercicio, el 3.5% con hipoglucemiantes e insulina y el 1.1% diálisis peritoneal (*Cuadro 10*).

ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Con respecto a las consultas médicas se encontró que el 87% asiste a consultas, el 12.9% no asiste a consulta las causas de tal hecho se debe a que el 5.8% son cuestiones administrativas, el 2.3% a actividades diarias, el 1.1% descuido, el 1.1% por miedo, el 1.1% asiste a particular y el 1.1% no se siente mal (*Cuadro 11*).

De acuerdo a los grupos para diabéticos se determinó que el 22.3% asiste a los grupos, el 77.6% no asiste por los siguientes motivos: El 29.4% menciona que falta información sobre estos grupos, el 15.2% falta tiempo, el 5.8% falta información por el personal a cargo, el 5.8% trabaja, el 5.8% no le gustan, el 4.7% quedan lejos de la U.M.F., el 4.7% no pueden salir solos, el 3.5% desidia y el 2.3% no es el mismo médico (*Cuadro 11*).

Con respecto a los aparatos de monitorización se observó que el 23.5% cuenta con glucómetro de los cuales el 3.5% realiza el automonitoreo diariamente, el 3.5% lo realiza una vez a la semana, el 9.4% cada 15 días y el 7% tres veces a la semana. El 76.4% no cuenta con aparatos de monitorización por lo siguiente: por la falta de recursos el 45.8%, por falta de información el 12.9%, acude a servicio médico particular el 9.4% y por desidia el 8.2% (*Cuadro 11*).

CONOCIMIENTOS DE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS.

En relación a las complicaciones se observó que el 80% conoce las complicaciones de la diabetes mellitus de las cuales las que se conocen son: La retinopatía en un 67%, las enfermedades podológicas el 65.8%, la nefropatía el 69.4%, la hipertensión arterial el 60%, la hipoglucemia el 55.2% y la hiperglucemia el 67%. El 20% no conoce las complicaciones debido a lo siguiente no han informado el 15.2%, por no acudir al médico el 2.3%, por desidia el 1.1% y los doctores no tienen comunicación con el paciente el 1.1% (*Cuadro 12*).

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN.

Con respecto a los hábitos dietéticos se observó que el 60% cuenta con horarios establecidos de consumo de alimentos. El 40% no cuenta con estos debido a lo siguiente no les gusta comer solos el 15.2%, por trabajo el 5.8%, por falta de tiempo el 4.7%, por ocupaciones el 4.7%, por falta de apetito el 4.7%, por falta de costumbre el 3.5% y por desidia el 1.1%. El lugar donde consumen los alimentos son los siguientes el 83.5% en el hogar, el 8.2% en el hogar y la calle, el 5.8% en el trabajo y hogar, el 1.1% en la calle y el 1.1% en la calle, trabajo y hogar.

Los alimentos que consumen los diabéticos son los siguientes: Las carnes rojas la consumen tres veces por semana el 77.6% y el 64.7% el huevo, el 30.5% consume pollo de 4 a 6 veces por semana y el 21.1% consume el frijol, el 90.5% consume diariamente agua natural, el 89.4% consume tortilla diariamente. Los alimentos que no consumen los diabéticos son: el 62.3% las gorditas, el 89.4% el refresco light, el 81.1% el agua con fruta sin endulzar (*Cuadro 13*).

INSTRUMENTO 2: DATOS SOBRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN.

De acuerdo al nivel de depresión se observó que el 20% del sexo femenino presentó disturbios emocionales, el 14.1% depresión moderada y el 12.9% normalidad. En el sexo masculino se observó que el 17.6% presento normalidad, el 4.7% disturbios emocionales y el 4.7% depresión clínica (*Cuadro 14*).

INSTRUMENTO 3: DATOS SOBRE APOYO FAMILIAR.

De acuerdo al sexo del familiar que predomino fue el femenino con el 70.5% y el masculino con el 29.4%. El estado civil del familiar fue el siguiente el 65.8% es casado, el 22.3% soltero, el 8.2% en unión libre, el 2.3% es viudo y el 1.1% divorciado. La ocupación de los familiares es el siguiente el 50.5% se dedica al hogar, el 32.9% tiene ocupaciones informales, el 8.2% se dedica al comercio, el 4.7% es obrero y el 3.5% se dedica a labores de oficina.

En relación al familiar que acompaña a las consultas al diabético se detectó que el 35.2% son los hijos, el 31.7% el cónyuge y el 23.5% asiste solo (*Cuadro 15*). El parentesco con el paciente enfermo al momento de realizar la entrevista se observó que el 42.3% fue el cónyuge, el 42.3% fueron los hijos y el 5.8% fueron los nietos (*Cuadro 16*). De acuerdo al apoyo familiar se detectó que el 54.1% tiene apoyo familiar bajo, el 42.3% medio y el 3.5% alto (*Cuadro 17*).

Con respecto a los factores que contribuyen al déficit de autocuidado de los derechohabientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS se detectó que el 16.4% consume bebidas alcohólicas, el 77.6% no asiste a grupos para diabéticos y el 76.4% no realiza automonitorización; el 54.1% tiene apoyo familiar bajo y el 42.3% mediano; el nivel de depresión se determinó que el 24.7% presento disturbios emocionales, el 12.9% depresión clínica, el 16.4% depresión moderada; el 40% tiene falta de horarios de comida, el 10.5% a labores de oficina y el 8.2% jubilado; y el 50.5% falta de realización de ejercicio (*Cuadro 18*).

ANALISIS DE RESULTADOS.

CUADRO 1.

Distribución por edad y sexo de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F.

No. 120 del IMSS 2006.

Grupo de edad.	Sexo.			
	Femenino.		Masculino.	
	No.	%	No.	%
40 - 45	5	5.8	1	1.1
46 - 50	9	10.5	1	1.1
51 - 55	9	10.5	3	3.5
56 - 60	11	12.9	4	4.7
61 - 65	8	9.4	5	5.8
66 - 70	8	9.4	2	2.3
71 - 75	6	7	4	4.7
76 - 80	2	2.3	4	4.7
81 - 85	1	1.1	1	1.1
86 - 90	1	1.1	-	-
Total	60	70.5	25	29.4

Fuente: Encuesta aplicada por la Pasante de Servicio Social de Enfermería (PSSE).

CUADRO 2.

Distribución por estado civil de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F.
No. 120 del IMSS 2006.

Estado civil.	No.	%
Soltero.	6	7
Casado.	63	74
Viudo.	16	18.8
Divorciado.	-	-
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 3.

Distribución ocupacional de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No.
120 del IMSS 2006.

Ocupación.	No.	%
Hogar.	52	61.1
Comerciante.	6	7
Obrero.	2	2.3
Pensionado.	7	8.2
Jubilado.	7	8.2
Labores de oficina.	2	2.3
Otro.	9	10.5
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 4.

Distribución del ingreso económico familiar mensual de los derechohabientes que padecen
D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Ingreso económico familiar mensual.	No.	%
Menos de 1500.	46	54.1
1600 a 3000.	26	30.5
3001 a 4000.	9	10.5
Mayor de 4001.	4	4.7
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 5.

Distribución por edad y escolaridad de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Grupo de edad.	Escolaridad.															
	Ninguna		Saber leer y escribir		Primaria completa		Primaria incompleta		Secundaria completa		Secundaria incompleta		Bachillerato		Carrera técnica	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
40 - 45	-	-	1	1.1	2	2.3	1	1.1	1	1.1	-	-	-	-	1	1.1
46 - 50	1	1.1	1	1.1	5	5.8	1	1.1	2	2.3	-	-	-	-	-	-
51 - 55	3	3.5	-	-	3	3.5	4	4.7	1	1.1	1	1.1	-	-	-	-
56 - 60	2	2.3	2	2.3	4	4.7	4	4.7	2	2.3	-	-	1	1.1	-	-
61 - 65	1	1.1	1	1.1	3	3.5	5	5.8	2	2.3	-	-	1	1.1	-	-
66 - 70	1	1.1	1	1.1	4	4.7	4	4.7	1	1.1	-	-	-	-	-	-
71 - 75	3	3.5	2	2.3	1	1.1	4	4.7	-	-	-	-	-	-	-	-
76 - 80	1	1.1	-	-	1	1.1	3	3.5	-	-	-	-	-	-	-	-
81 - 85	-	-	-	-	-	-	2	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-
86 - 90	1	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 6.

Distribución por nivel de glucosa y sexo de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Sexo.				
Nivel de glucosa.	Femenino.		Masculino.	
	No.	%	No.	%
Mayor de 120 mg/ dl.	6	7	4	4.7
121 a 150 mg/dl.	13	15.2	9	10.5
151 a 200 mg/dl.	22	25.8	10	11.7
201 a 300 mg/ dl.	16	18.8	2	2.3
Mayor de 301 mg/dl.	3	3.5	-	-
Total.	60	70.5	25	29.4

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 7.

Distribución por grupo de edad e índice de masa corporal (I.M.C.) de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Índice de Masa Corporal.						
Grupo de edad.	Mayor de 18.		Mayor de 25.		Mayor de 27.	
	No.	%	No.	%	No.	%
40 - 45	1	1.1	-	-	5	5.8
46 - 50	1	1.1	2	2.3	7	8.2
51 - 55	2	2.3	-	-	10	11.7
56 - 60	4	4.7	3	3.5	8	9.4
61 - 65	1	1.1	2	2.3	10	11.7
66 - 70	3	3.5	1	1.1	7	8.2
71 - 75	3	3.5	2	2.3	5	5.8
76 - 80	-	-	1	1.1	4	4.7
81 - 85	-	-	2	2.3	-	-
86 - 90	1	1.1	-	-	-	-
Total.	16	18.8	13	15.2	56	65.8

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 8.

Distribución de toxicomanías y actividad física de los derechohabientes que padecen D.M.
tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Hábitos.	Si.		No.	
	No.	%	No.	%
Consumo de bebidas alcohólicas.	14	16.4	71	83.5
Fumar.	11	12.9	74	87
Realización de ejercicio.	42	49.4	43	50.5

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 9.

Distribución del tipo de actividad física de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Tipo de ejercicio.		
Tipo de ejercicio.	No.	%
Caminar.	32	37.6
Correr.	2	2.3
Nadar.	1	1.1
Otro.	7	8.2
Frecuencia de realización a la semana.		
Frecuencia a la semana.	No.	%
Diario.	13	15.2
3 veces.	20	23.5
1 vez.	9	10.5
Duración de las sesiones.		
Duración de las sesiones.	No.	%
15 minutos.	17	20
30 minutos.	15	17.6
45 minutos.	10	11.7

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 10.

Distribución por tipo de tratamiento farmacológico de los derechohabientes que padecen
D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Tratamiento farmacológico.	No.	%
Hipoglucemiantes.	66	77.6
Insulina.	10	11.7
Hipoglucemiantes e insulina.	3	3.5
Dieta y ejercicio.	5	5.8
Díalisis peritoneal ambulatoria.	1	1.1
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 11.

Distribución de la adherencia terapéutica de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de
la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Adherencia terapéutica.	Si.		No.	
	No.	%	No.	%
Asistencia a consultas médicas.	74	87	11	12.9
Asistencia a grupos para diabéticos.	19	22.3	66	77.6
Contar con aparatos de automonitorización.	20	23.5	65	76.4

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 12.

Distribución por conocimientos de las complicaciones de los derechohabientes que padecen
D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Conocimientos de complicaciones.		
Conocimiento.	No.	%
Si.	68	80
No.	17	20
Complicaciones conocidas.		
Complicaciones.	No.	%
Retinopatía.	57	67
Enfermedades podológicas.	56	65.8
Vasculopatía.	39	45.8
Nefropatía.	59	69.4
Hipertensión arterial.	51	60
Hipoglucemia.	47	55.2
Hiperoglucemia.	57	67

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 13.

Distribución de alimentos consumidos por los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Frecuencia de consumo a la semana.								
Alimento.	Alimento no consumido.		1 a 3 veces.		4 a 6 veces.		7 veces.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tortilla.	1	1.1	5	5.8	3	3.5	76	89.4
Frijol.	12	14.1	44	51.7	18	21.1	11	12.9
Pollo.	3	3.5	48	56.4	26	30.5	8	9.4
Huevo.	20	23.5	55	64.7	7	8.2	3	3.5
Gorditas.	53	62.3	30	35.2	2	2.3	-	-
Quesadillas.	37	43.5	43	50.5	5	5.8	-	-
Pan de dulce.	26	30.5	29	34.1	13	15.2	17	20
Refresco light.	76	89.4	5	5.8	2	2.3	2	2.3
Refresco normal.	42	49.4	25	29.4	9	10.5	9	10.5
Agua natural.	2	2.3	2	2.3	4	4.7	77	90.5
Agua con fruta endulzada.	48	56.4	12	14.1	14	16.4	11	12.9
Agua con fruta sin endulzar.	69	81.1	6	7	7	8.2	3	3.5
Carnes rojas.	14	16.4	66	77.6	5	5.8	-	-
Embutidos.	46	54.1	36	42.3	2	2.3	1	1.1

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 14.

Distribución del nivel de depresión y sexo de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Nivel de depresión.	Sexo.			
	Femenino.		Masculino.	
	No.	%	No.	%
Normal.	11	12.9	15	17.6
Disturbios emocionales.	17	20	4	4.7
Depresión clínica.	7	8.2	4	4.7
Depresión moderada.	12	14.1	2	2.3
Depresión severa.	4	4.7	-	-
Depresión extrema.	9	10.5	-	-
Total.	60	70.5	25	29.4

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 15.

Distribución del familiar que acompaña a consulta médica a los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Familiar que acompaña a consulta médica al diabético.	No.	%
Cónyuge.	27	31.7
Hijos.	30	35.2
Nietos.	3	3.5
Asiste solo.	20	23.5
Nuera.	4	4.7
Sobrina.	1	1.1
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 16.

Distribución del parentesco familiar con los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Parentesco con el paciente.	No.	%
Cónyuge.	36	42.3
Hijos.	36	42.3
Nuera.	4	4.7
Comadre.	1	1.1
Nietos.	5	5.8
Ahijada.	1	1.1
Vecino.	1	1.1
Sobrina.	1	1.1
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 17.

Distribución del nivel de apoyo familiar a los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Nivel de apoyo familiar.	No.	%
Bajo.	46	54.1
Mediano.	36	42.3
Alto.	3	3.5
Total.	85	100

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

CUADRO 18.

Distribución de los factores que contribuyen al déficit de autocuidado de los derechohabientes que padecen D.M. tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS 2006.

Factores que contribuyen al déficit de autocuidado.		
Adherencia terapéutica.		
Factores.	No.	%
Consumo de bebidas alcohólicas.	14	16.4
Fuma.	11	12.9
Inasistencia a consultas médicas.	11	12.9
Inasistencia a grupos para diabéticos.	66	77.6
Falta de automonitorización.	65	76.4
Falta de apoyo familiar.		
Bajo.	46	54.1
Mediano.	36	42.3
Depresión.		
Disturbios emocionales.	21	24.7
Depresión clínica.	11	12.9
Depresión moderada.	14	16.4
Depresión severa.	4	4.7
Depresión extrema.	9	10.5
Falta de hábitos dietéticos.		
Falta de horarios de comidas.	34	40

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

Ocupación.		
Factor.	No.	%
Hogar.	52	61.1
Comerciante.	6	7
Obrero.	2	2.3
Pensionado.	7	8.2
Jubilado.	7	8.2
Labores de oficina.	2	2.3
Otro.	9	10.5
Falta de actividad física.		
Falta de realización de ejercicio.	43	50.5

Fuente: Encuesta aplicada por la PSSE.

5.- DISCUSIÓN.

De acuerdo a la distribución por edad y sexo de las personas con diabetes se encontró que del total de la población femenina el 52.7% se encuentra entre los 46 a 70 años y el 25.7% del sexo masculino entre los 51 a 80 años esto significa que la mayor parte de la población se encuentra en las etapas de adulto maduro y vejez coincidiendo con la NOM - 015 - SSA2 - 1994 (modificada)⁶¹ y estudios de González Juárez (2004),⁶² puesto que ambas coinciden de que la diabetes es una enfermedad crónico degenerativa y que las personas con mayor riesgo de presentar dicha enfermedad son las mayores de 45 años principalmente el género femenino por lo que nuestra muestra entra dentro de este parámetro.

En la muestra estudiada se encontró que el 74% se encuentra casada de los cuales el 36.4% realiza ejercicio y la restante en estado de viudez de los cuales el 10.5% realiza ejercicio concordando con el estudio relacionado con la actividad física en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 donde más de la mitad de la población estaba casada coincidiendo con el estudio de Frías (2005)⁶³ en donde se obtuvieron los mismos resultados.

Respecto a la ocupación se encontró que el 61.1% se dedica al hogar de los cuales el 28.2% realiza ejercicio y el restante es pensionada y jubilada de los cuales el 11.7% realiza ejercicio concordando con algunos estudios relacionados con el control de la glucemia, actividad física y factores de riesgo del paciente con diabetes mellitus tipo 2 donde la mayor parte de la población se dedica al hogar, trabajos informales y empleados coincidiendo con los estudios de Romero (2005),⁶⁴ García de Alba (2004)⁶⁵ y González Juárez (2004)⁶⁶ comprobando así nuestra hipótesis.

En relación al ingreso económico familiar mensual se encontró que el 54.1% de la población estudiada cuenta con 1500 pesos mensuales para sus gastos el restante entre 1600 a 3000 y 3001 a 4000 pesos lo que indica que la mitad de la población destina diariamente 50 pesos para sus gastos concordando con algunos estudios relacionados a la estrategia educativa y estilos de vida no saludables en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 donde los autores Fuentes Facundo (2004)⁶⁷ y Puente González (1999)⁶⁸ ya que indican que los diabéticos no alcanzan a cubrir sus necesidades primarias, son dependientes

económicamente y el ingreso mensual familiar es de 1123 pesos de los cuales destinaban 18 pesos por día para la alimentación.

De acuerdo a la distribución por grupo de edad y escolaridad el 32.9% de la población no concluyeron la primaria, el 10.5% concluyó la secundaria y el 15.2% no tuvieron ningún nivel educativo de entre las edades de 46 a 80 años coincidiendo con estudios relacionados a la calidad de vida, depresión y modelo educativo de enfermería en pacientes diabéticos tipo 2 (Estrada Chávez 2004,⁶⁹ De los Ríos Castillo 2004⁷⁰ y Guerrero 2003⁷¹) ya que más de la mitad de su población cuenta con estudios de primaria.

Respecto a la distribución de nivel de glucosa y sexo se encontró que el 15.2% del sexo femenino presento control excelente en los niveles de glucosa, el 25.8% bueno y el 18.8% fue regular con respecto al sexo masculino el 11.7% fue bueno, el 10.5% fue excelente en el estudio de calidad de vida en el paciente diabético del autor Meza (2005)⁷² en el cual menciona que el 13% se encontró con control glicémico bueno, el 15% regular y el 69% están en el rango malo por lo que en nuestra población se encontró con mejor control glucémico por tal motivo no concuerda con lo ya mencionado en el estudio.

De acuerdo a la distribución del grupo de edad e I.M.C. se observó que el 11.5% de la población estudiada presentó el I.M.C. > de 25 encontrándose entre las edades de 46 a 75 años presentando así sobrepeso y el 55% presentó I.M.C. > de 27 entre las edades de 46 a 75 presentando así obesidad coincidiendo con estudios relacionados a la calida de vida, comparación de la glucemia, instrumento para medir estilo de vida, control de glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en donde más de la mitad de la población estudiada presentó I.M.C. > 27 por tal motivo presentaron obesidad (Romero 2005,⁷³ Rodríguez 2003,⁷⁴ García Nava 2003⁷⁵ y Meza 2005⁷⁶) en donde se obtuvieron los mismos resultados.

Con relación al consumo de bebidas alcohólicas el 16.4% de la población consume dichas bebidas y el 12.9% fuma coincidiendo con el estudio de Marquina - Rivera (2003)⁷⁷ ya que se obtuvieron los mismos datos y no es estadísticamente significativa.

De acuerdo a la actividad física se observó que el 50.5% de la población estudiada no realiza ejercicio coincidiendo con algunos estudios relacionados a estilos de vida, modelo educativo de enfermería y factores asociados al incumplimiento terapéutico del paciente diabético en donde más de la población presentó incumplimiento al realizar ejercicio coincidiendo así con los autores Hernández (2003),⁷⁸ Fuentes Facundo (2004)⁷⁹ y Estrada Chávez (2004)⁸⁰ ya que se obtuvieron los mismos resultados.

Con respecto a la distribución por tratamiento farmacológico se observó que las tres cuartas partes de la población se controla con hipoglucemiantes y la restante con insulina y diálisis peritoneal en el estudio de Hernández (2003)⁸¹ donde se determinó que el 67% se controla con hipoglucemiantes, dieta y ejercicio, el 20% con insulina, dieta y ejercicio por tal motivo no coinciden con lo observado en nuestro estudio ya que el 77.6% se controla con hipoglucemiantes, el 11.7% con insulina, el 5.8% con dieta y ejercicio y el 50.5% no realiza ejercicio.

Con respecto a las consultas médicas se observó que el 12.9% de la población no asiste a las consultas médicas al igual que el 77.6% de la población no participa en los grupos para diabéticos coincidiendo con estudios de Fuentes Facundo (2004)⁸² y Romero (2005)⁸³ ya que se obtuvieron los mismos resultados.

Con respecto a la monitorización de glucemia se encontró que el 76.4% de la población no cuenta con glucómetro por tal motivo no realizan automonitorización en estudios relacionados con estilos de vida de Fuentes Facundo (2004)⁸⁴ se observó que el 56% realiza la medición de glucosa regularmente lo cual no concuerda con nuestra muestra de estudio.

Con respecto a los hábitos dietéticos se observó que el 60% cuenta con horarios establecidos del consumo de alimentos, el 83.5% de los derechohabientes consumen los alimentos en el hogar. Los alimentos más consumidos son los siguientes: el 89.4% consume tortilla diariamente, el 51.7% consume frijoles de 1 a 3 veces por semana, el 56.4% consume pollo de 1 a 3 veces por semana, el 64.7% consume huevo de 1 a 3 veces por semana, el 35.2% consume gorditas preparadas en puestos callejeros de 1 a 3 veces por semana al igual que el 50.5% consume quesadillas, el 34.1% consume

pan de dulce de 1 a 3 veces por semana, el 29.4% consume refresco de cola de 1 a 3 veces por semana, el 90.5% consume diariamente agua natural, el 16.4% consume agua con fruta endulzada de 4 a 6 veces por semana, el 77.6% consume de 1 a 3 veces por semana carnes rojas y el 42.3% consume embutidos de 1 a 3 veces por semana; y con estos referentes se determina que la dieta de los derechohabientes diabéticos es hiperproteica coincidiendo con estudios relacionados a estilos de vida, conocimiento de la dieta y factores que contribuyen al incumplimiento terapéutico en el paciente diabético donde el 62% tiene incumplimiento en la dieta, el 47.3% no tiene horarios establecidos y el 42.9% consume azúcares refinados (Cano 2005,⁸⁵ Fuentes Facundo 2004⁸⁶ y Hernández 2003⁸⁷).

Con relación a la distribución de nivel de depresión y sexo se observó que el 20% del sexo femenino presento disturbios emocionales, el 14.1% presentó depresión moderada, el 8.2% depresión clínica, el 4.7% depresión severa y el 10.5% depresión extrema; con respecto al sexo masculino el 17.6% presentó parámetros normales, el 4.7% disturbios emocionales, el 4.7% depresión clínica y el 2.3% depresión moderada coincidiendo con estudios relacionados con calidad de vida, depresión y en factores asociados al incumplimiento terapéutico en donde se encontró que el 46 % presentó depresión, el 20.5% tuvo normalidad, el 32.5% depresión leve, el 44.5% depresión media y el 2.5% depresión severa de acuerdo a la escala aplicada de Calderón Narváez y Beck las áreas valoradas fueron síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, autoconcepto, preocupaciones y aspectos de interacción social. Hernández (2003),⁸⁸ De los Ríos (2004),⁸⁹ Guerrero (2003)⁹⁰ y Tapia Mejía (2000).⁹¹

6.- CONCLUSIONES.

- ⇒ Con relación a la depresión se observó que aproximadamente la mitad de la población tiene niveles de depresión y la cuarta parte presenta disturbios emocionales por lo que se acepta la hipótesis “La depresión contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS” ya que la enfermedad que tiende a la cronicidad favorece que el paciente sea etiquetado como diferente ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos.
- ⇒ Respecto al apoyo familiar se encontró que la mitad de la población presento nivel de apoyo familiar bajo y la otra mitad apoyo familiar medio por tal motivo se acepta la hipótesis “La falta de apoyo familiar contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS” ya que en la familia se observan los ajustes de tipo económico por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización también la redistribución y acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación que en caso de las familias de escasos recursos es un conflicto grave y que puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad es esta quien afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia.
- ⇒ Con respecto a los hábitos dietéticos se determinó que la dieta de los derechohabientes diabéticos es hiperproteica así como más de la mitad presentaron sobrepeso y obesidad por lo consiguiente se acepta la hipótesis “La falta de cambios en los hábitos dietéticos contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS” ya que las recomendaciones nutrimentales para el paciente diabético son las siguientes: Hidratos de carbono 50 a 60% de las kilocalorías totales, proteínas 10 a 20% del valor calórico total (V.C.T.), lípidos el 20 a 30% del V.C.T., Fibra de 20 a 30 g/ día de predominio soluble y sodio menor de 3 g/día.
- ⇒ En relación a la actividad física se encontró que la mitad de la población no realiza ejercicio y la cuarta parte realizan actividad física de los cuales lo hacen tres veces a la semana con una duración de 15 minutos por sesión por tal motivo se acepta la hipótesis “La falta de actividad física contribuye al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del

IMSS” ya que la actividad física recomendada es la de tipo aeróbico, realizándose como mínimo tres sesiones por semana con una duración de 30 a 45 minutos.

⇒ Con respecto a la adherencia terapéutica se encontró que menos de la cuarta parte de la población no asiste a consultas médicas, las tres cuartas partes no asiste a grupos para diabéticos y no cuentan con aparatos de monitorización de glucosa capilar comprobando así la hipótesis “La falta de adherencia terapéutica determina el déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS” ya que el incumplimiento hace ineficaz el tratamiento prescrito aumentando así la morbilidad, la mortalidad y los costos de la asistencia así como las pérdidas en lo personal, familiar y social.

Por lo ya mencionado en los párrafos anteriores se concluye que los factores que contribuyen al déficit de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS son la falta de apoyo familiar, la falta de los cambios en los hábitos dietéticos, la falta de actividad física, la falta de adherencia terapéutica y la depresión por tal motivo la intervención del profesional de enfermería es proporcionar educación continúa para el mejoramiento y reforzamiento del nivel de autocuidado del derechohabiente a través de programas elaborados por el profesional donde retomen paradigmas de la disciplina para brindar atención holística así como la realización de cursos talleres en donde se especifique el autocuidado del paciente diabético evitando así el desarrollo temprano de complicaciones también visitas domiciliarias a los derechohabientes para capacitar a sus familiares y disminuir los factores de riesgo para padecer diabetes mellitus.

7.- PROPUESTAS.

Proporcionar educación continúa al personal de enfermería con respecto al autocuidado del paciente diabético para que elabore programas dirigidos a los derechohabientes que asisten a consulta médica reforzando así el autocuidado del paciente.

De acuerdo a los resultados obtenidos se considera necesario mejorar y reforzar el nivel de autocuidado del derechohabiente a través de la realización de programas elaborados por el personal de enfermería en donde se retomen paradigmas de enfermería para brindar atención holística; además de organizar cursos - talleres en donde se especifique el tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar así el desarrollo temprano de complicaciones de la diabetes.

Realizar visitas domiciliarias por el personal de enfermería a los derechohabientes para capacitar a sus familiares sobre el autocuidado del paciente diabético y disminuir los factores de riesgo que presenten los familiares para padecer diabetes mellitus.

Proporcionar atención psicológica a los derechohabientes para así disminuir los niveles de depresión; mejorando la autoestima y las relaciones interpersonales del paciente. Se considera necesario continuar con este estudio para encontrar alternativas y/o estrategias que puedan mejorar el nivel de autocuidado del paciente diabético fomentando la investigación del personal de enfermería valorando la repercusión de su atención tanto en el paciente como en el familiar elevando así la calidad de la intervención de enfermería diferenciando su práctica profesional de entre otras profesiones de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ¹ www. oms. .com. mx . Diabetes 2004.
- ² www. inegi. gob. mx. Causas hospitalarias según lugar de importancia, 1998 – 2002.
- ³ García de Alba G. J. E. et.al., tipo 2 y ejercicio físico resultados de una intervención, Revista médica del IMSS, septiembre – octubre 2004, vol. 45, Núm. 5, pp. 395 – 404.
- ⁴ García N. R. E. et.al., comparación de la glucemia en ayuno y dos horas post-prandial en el control de pacientes con diabetes tipo 2, Revista de investigación clínica, Enero - Febrero 2003, vol.55, Núm. 1, pp. 26-30.
- ⁵ www. midoctor virtual. com/ mdv/ salud. La falta de adherencia al tratamiento produce grandes problemas de salud y económicos parte 2, Junio 2005.
- ⁶ Hernandez R. L. et.al., Factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes tipo 2, Salud publica de México, Mayo - Junio 2003, vol.45, Núm. 3, pp. 191-197.
- ⁷ Díaz N. L. et.al., Grupo de auto cuidado de diabéticos mellitus tipo 2, Salud publica de México, Marzo - Abril 1993, vol. 35, Num. 2, pp. 1 -10.
- ⁸ Fuentes F. L. A. et. al., Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2, Revista de Enfermería del IMSS, Mayo - Agosto 2004, vol.12, Núm.2, pp. 79 -82.
- ⁹ Lerman G. I., Atención integral del paciente diabético, Ed. 2a., Edit. Mc Graw - Hill Interamericana, México 2001, pp. 7-32.
- ¹⁰ Alpizar S. M., Guía para el manejo integral del paciente diabético, Edit. El manual moderno, México 2001, pp.165 - 192.
- ¹¹ Op.cit. Lerman G. I. pp.7 -15.
- ¹² Op.cit. Alpizar S. M. pp. 165 – 188.
- ¹³ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 165 – 188.
- ¹⁴ Op.cit. Lerman G. I. pp.113 - 120.
- ¹⁵ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 186 - 192.

-
- ¹⁶ Op.cit. Lerman G. I. pp.113 - 120.
- ¹⁷ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 186 - 192.
- ¹⁸ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 193 - 252.
- ¹⁹ Op.cit. Lerman G. I. pp.73 - 86.
- ²⁰ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 193 - 252.
- ²¹ Op.cit. Lerman G. I. pp.87 - 120.
- ²² Op.cit. Lerman G. I. pp.87 - 120.
- ²³ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 253 - 285.
- ²⁴ Op.cit. Lerman G. I. pp. 83 - 120.
- ²⁵ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 253 - 285.
- ²⁶ Op.cit. Lerman G. I. pp. 83 - 120.
- ²⁷ Op.cit. Alpizar S. M. pp. 253 - 285.
- ²⁸ www.midocctorvirtual.com/mdv/salud. La falta de adherencia al tratamiento produce grandes problemas de salud y económicos parte 1 Junio 2005.
- ²⁹ Op. Cit. Mi doctor virtual parte 1.
- ³⁰ Op. Cit. Mi doctor virtual parte 2.
- ³¹ Ostiguin M. R. M., Teoría General del Déficit de Autocuidado guía básica ilustrada, Edit. El manual moderno, México 2001, pp. 23 - 32.
- ³² González S. M., Modelos y teorías en enfermería, Ed. 5a., Edit. Elsevier Science, Barcelona España 2003, pp. 189 - 209.
- ³³ Op. Cit. González S. M. pp.189 - 209.
- ³⁴ Wesley R. L., Teorías y modelos de enfermería. Ed.2a., Edit. McGraw - Hill Interamericana, México 2000, pp. 80 -88.
- ³⁵ Morán A. V., Modelos de enfermería, Ed. 1a., Edit. Trillas, México 1993, pp. 134 -137.

³⁶ Calderón N. G., Depresión causas, manifestaciones y tratamiento, Ed. 4a., Edit. Trillas, México 1990, pp. 41- 63, 73-112, 173 -185.

³⁷ www.respuestas a la depresión.com, Causas de la depresión, Antonini C. Febrero 2006.

³⁸ Op.cit.Calderón N. G. pp.175 – 185.

³⁹ Elsner P. et. al., La familia: Una aventura, Ed. 5a. Edit. Alfaomega, Chile - México 2001, pp. 87 - 91.

⁴⁰ Op.cit. Elsner P. pp.92 – 96.

⁴¹ Op.cit. Elsner P. pp.92 – 96.

⁴² Stassen B. K., Psicología del desarrollo adultez y vejez, Ed. 4a., Edit. Médica Panamerica, España 2001, pp. 122 - 232.

⁴³ Op. Cit. Stassen B. K. pp. 122 – 211.

⁴⁴ .-Serra D. E., Psicología del desarrollo hoy, Ed. 6a., Edit. Mc Graw - Hill, vol. 2, España 1996, pp. 215 – 227.

⁴⁵ Op. Cit. Serra D. E. pp. 215 – 227.

⁴⁶ Op. Cit. Stassen B. K. pp. 213 - 232.

⁴⁷ Op. Cit. Stassen B. K. pp. 213 - 232.

⁴⁸ Fernández O. M. A., El impacto de la enfermedad en la familia, Revista de la facultad de medicina UNAM, Noviembre – Diciembre 2004, vol. 47, No. 6, pp. 251 – 254.

⁴⁹ Tapia M. M. S. et. al., Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica, Revista de enfermería del IMSS, 2000, Vol. 8, Num.2, pp. 87 - 90.

⁵⁰ Frías R. B. et.al., Beneficios y barreras percibidas para ejercicio en adultos con diabetes mellitus tipo 2, Revista desarrollo científico de enfermería, Mayo 2005, vol.13, Núm.4, pp. 110 - 113.

⁵¹ Meza G. S. et.al., Calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2, Revista desarrollo científico de enfermería, Mayo 2005, vol. 13, Num. 4, pp. 105 - 109.

- ⁵² Cano F. L. E. et. al., Intervenciones de Enfermería sobre el conocimiento de la dieta en personas con Diabetes Mellitus 2, Desarrollo Científico Enfermería, Noviembre - Diciembre 2005, vol. 13, Núm. 10, pp. 293 - 295.
- ⁵³ Guerrero S. V. et. al., Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y Nefropatía diabética, Revista desarrollo científico de enfermería, Junio 2003, Vol. 11, Núm. 5, pp. 136 - 140.
- ⁵⁴ op. cit. Hernández R. L. et.al. pp.191 - 197.
- ⁵⁵ Méndez L. D. M. et. al., Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2, Revista Médica del IMSS, 2004, vol. 42, Núm. 4, pp. 281 - 284.
- ⁵⁶ op.cit. García de Alba G. J. E. et.al. pp. 395 - 404.
- ⁵⁷ Quiróz P. J. R. et. al., Diabetes tipo 2 salud - competencia de las familias, Revista médica del IMSS, 2002, vol.40, Núm. 3, pp. 213 - 220.
- ⁵⁸ De los Ríos C. J. L., Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Revista médica del IMSS, Marzo - Abril 2004, pp. 109- 116.
- ⁵⁹ Hernandez S. R. et.al., Edit. Mc Graw-Hill, Ed. 2da., México 2001, pp. 203-232.
- ⁶⁰ op.cit. Calderón N. G. pp. 87 - 112.
- ⁶¹ www.salud.gob.mx, Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM - SSA2 - 1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, 2000.
- ⁶² González J. L. et. al., Valoración de factores de riesgo para DM2 en una comunidad semiurbana de la ciudad de México, Revista Enfermería IMSS, mayo - agosto 2004, vol. 12, Núm. 2, pp. 65 - 70.
- ⁶³ op. cit. Frías R. B. et. al. pp.110 - 113.
- ⁶⁴ Romero B. I. et.al., Apoyo de Enfermería en el control de glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Desarrollo científico de enfermería, mayo 2005, vol. 13, Núm. 4, pp. 114 - 119.
- ⁶⁵ op. cit. García de Alba G. J. E. et. al. pp. 395 - 404.
- ⁶⁶ op. cit. González J. L. et.al. pp. 65 - 70.
- ⁶⁷ op. cit. Fuentes F. L. A. et. al. pp. 79 - 82.

-
- ⁶⁸ Puente G. G. et. al., Costo - efectividad de un programa educativo para diabéticos tipo 2, Revista de enfermería del IMSS, septiembre - diciembre 1999, vol. 7, Núm. 3, pp. 147 - 150.
- ⁶⁹ Estrada C. M. R. et. al., Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM2, Revista enfermería del IMSS, mayo - agosto 2004, vol. 12, Núm. 2, pp. 75 - 78.
- ⁷⁰ op. cit. De los Ríos C. J. L. et. al. pp.109 -116.
- ⁷¹ op. cit. Guerrero S. V. et. al. pp. 136 – 140.
- ⁷² op. cit. Meza G. S et. al. pp.105 – 109.
- ⁷³ op. cit. Romero B. I. et. al. pp. 114 – 119.
- ⁷⁴ Rodríguez M. R. et. al., Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos, Revista médica del IMSS, mayo - junio 2003, vol. 41, Núm. 3, pp. 211 - 220.
- ⁷⁵ op. cit. García N. R..E.. et. al. pp.26 – 30.
- ⁷⁶ op. cit. Meza G. S. et. al. pp. 105 – 109.
- ⁷⁷ Marquina R. A. et. al., Factores de riesgo asociados a enfermedad vascular periférica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Revista Facultad de Medicina U.N.A.M., enero - febrero 2003, vol. 46, Núm. 1, pp. 18 - 21.
- ⁷⁸ op. cit. Hernández R. L. et. al. pp. 191 – 197.
- ⁷⁹ op. cit. Fuentes F. L. A. et. al. pp. 79 – 82.
- ⁸⁰ op. cit. Estrada C. M. R. et. al. pp.75 - 78
- ⁸¹ op. cit. Hernández R. L. et. al. pp.114 – 119.
- ⁸² op. cit. Fuentes F. L. A. et. al. pp. 79 – 82.
- ⁸³ op. cit. Romero B. I. et. al. pp.293 - 295
- ⁸⁴ op. cit. Fuentes F. L. A. et. Al. pp. 79 – 82.
- ⁸⁵ op. cit. Cano F. L. E. et.al. pp. 293 – 295.
- ⁸⁶ op. cit. Fuentes F. L. A. et. al. 79 – 82.

⁸⁷ op. cit. Hernández R. L. et. al. pp. 191 – 197.

⁸⁸ op. cit. Hernández R. L. et. al. pp. 191 – 197.

⁸⁹ op. cit. De los Ríos C. J. L. et.al. pp. 109 – 116.

⁹⁰ op. cit. Guerrero S. V. et. al. pp. 136 – 140.

⁹¹ op. cit. Tapía M. M. S. et. al. pp. 87 – 90.

ANEXOS

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación "Factores que contribuyen al déficit de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 120". Del servicio de endocrinología, el cual tiene como objetivo:
Identificar los factores que contribuyen al déficit de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 de la U.M.F. No. 120 del IMSS.

Se me ha informado que mi participación consiste en contestar la encuesta proporcionada por el investigador, por lo cual no se vera dañada mi integridad física y emocional. Declaro que se me ha informado ampliamente que los datos que se viertan se manejaran en forma confidencial y se mantendrán en anonimato así mismo no existirá ninguna repercusión, por tal motivo el investigador se compromete a informarme de los resultados del presente estudio. En tiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio si así lo considero.

El investigador me ha dado la seguridad que no se me identificara las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio.

NOMBRE DEL PACIENTE.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR.

TESTIGO.

TESTIGO.

México D.F. a de 2006.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.120.

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PACIENTE DIABÉTICO.

Objetivo: Identificar los conocimientos que el paciente diabético tiene de la diabetes mellitus y el estado emocional del mismo.

Instrucciones: Marcar con una X la respuesta de su elección y colocar los datos que se solicitan.

I.-Datos generales.

1.-Nombre: _____ 2.-Edad años.

3.- Sexo: Fem. Masc.

4.-Estado civil: 1)Soltero 2)Casado 3)Viudo 4)Divorciado 5)Unión libre.

5.-¿A qué se dedica usted?.

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1)Hogar | <input type="checkbox"/> | 5)Jubilado | <input type="checkbox"/> |
| 2)Comerciante | <input type="checkbox"/> | 6)Labores de oficina | <input type="checkbox"/> |
| 3)Obrero | <input type="checkbox"/> | 7)Otro | <input type="checkbox"/> |
| 4)Pensionado | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?. | _____ |

6.-¿Cuál es su ingreso familiar mensual?.

1)menos de 1500 2)1600 a 3000 3)3001 a 4000 4)Mayor de 4001.

7.-¿Qué escolaridad tiene usted?.

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1)Ninguna | <input type="checkbox"/> | 6)Secundaria completa | <input type="checkbox"/> |
| 2)Sabe leer y escribir | <input type="checkbox"/> | 7)Preparatoria o bachillerato | <input type="checkbox"/> |
| 3)Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> | 8)Carrera técnica | <input type="checkbox"/> |
| 4)Primaria completa | <input type="checkbox"/> | 9)Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 5)Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> | | |

II.-Aspectos relacionados con su enfermedad.

8.-¿Cuál es el nivel de azúcar que usted tiene?. R: _____

9.-¿Cuanto mide usted?. R: _____

10.-¿Cuanto pesa usted?. R: _____

11.-¿Usted consume bebidas alcohólicas?

1)Si 2)No

Si su respuesta es Sí pasar a las preguntas 12 y 13.

12.-¿Qué tipo de bebida consume?

1)Cerveza 2)Vino 3)Tequila 4)Otro ¿Cuál?_____

13.-¿Cuál es la frecuencia con que las consume?

1)Diario 2)Cada semana 3)Cada 15 días 4)1 vez al mes.

14.-¿Usted fuma?

1)Si 2)No

Si su respuesta es Sí pasar a las preguntas 15 y 16.

15.-¿Cuál es la frecuencia con que fuma?

1)Diario 2)Cada semana 3)Cada 15 días 4)1 vez al mes.

16.-¿Cuántos cigarrillos?

1)1 - 6 2)7 - 15 3)1 cajetilla 4)2 o más cajetillas.

17.-¿Usted realiza ejercicio?

1)Si 2)No. ¿Porque? _____

Si su respuesta es Sí pasar a las preguntas 18, 19 y 20.

18.-¿Cuántas veces a la semana?

1)Diario 2)3 veces 3)1 vez.

19.-¿Qué tipo de ejercicio práctica?

1)Caminar 2)Correr 3)Nadar 4)Otro ¿Cuál?_____

20.-¿Cuántos minutos por sesión?

1)15min. 2)30min. 3)45 min.

21.-Su tratamiento farmacológico es con:

1)Pastillas 2)Insulina 3)Pastillas + insulina 4)Otro ¿Cuál?_____

22.-¿Usted asiste a sus consultas cada mes?

1)Si 2)No. ¿Porque?_____

23.-¿Usted asiste a grupos de apoyo para diabéticos?.

1)Si 2)No ¿Porque? _____

24.-¿Usted conoce las complicaciones de su padecimiento?.

1)Si 2)No ¿Porque? _____

Si su respuesta es Sí pasar a la pregunta 25.

25.-¿Cuales?.

- 1)Enfermedades en los ojos.
- 2)Enfermedades en los pies.
- 3)Enfermedades en las venas.
- 4)Enfermedades en los riñones.
- 5)Hipertensión arterial.
- 6)Baja azúcar.
- 7)Alta azúcar.

26.-¿Cuenta con aparatos para medir el azúcar?.

1)Si 2)No ¿Porque? _____

Si su respuesta es Sí pasar a la pregunta 27.

27.-¿Cada cuando se mide el azúcar con el glucómetro?.

1)Cada 15 días 2)1 vez a la semana 3)3 veces a la semana 4)Diario.

III.- Aspectos relacionados con la alimentación.

28.-¿Usted tiene horarios de comida establecidos?.

1)Si 2)No ¿Porque? _____

29.-¿Usted en que lugar consume sus alimentos?.

1)Hogar 2)Calle 3)Trabajo 4)Trabajo y hogar.

De los siguientes alimentos cuales son los que consume a la semana marque con una X y cual es la cantidad de los alimentos en el espacio correspondiente.

Alimento	1-3 veces	Cantidad	4-6 veces	Cantidad	7 veces	Cantidad
Tortilla						
Frijol						
Pollo						
Huevo						
Gorditas						
Quesadillas						
Pan de dulce						
Refresco light						
Refresco normal						
Agua natural						
Agua con fruta endulzada						
Agua con fruta sin endulzar.						
Carnes rojas						
Embutidos						

IV.-Aspectos relacionados con el estado emocional.

Instrucciones: En el siguiente cuestionario hay grupos de afirmaciones de las cuales deberá elegir la afirmación que describa mejor como se ha sentido en la ultima semana incluyendo el día de hoy.

Subraya cual es la que mejor se adapte a su estado emocional.

1	0 No me siento triste. 1 Me siento triste. 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello. 3 Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	2	0 No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. 1 Me siento desanimado con respecto al futuro. 2 Siento que no puedo esperar nada del futuro. 3 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
---	---	---	--

3	<p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 Siento que he fracasado más que las personas normales.</p> <p>2 Cuando miró hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso completo.</p>	9	<p>0 No tengo ninguna idea de matarme.</p> <p>1 Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.</p> <p>2 Me gustaría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p>
4	<p>0 Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Ya nada me satisface realmente.</p> <p>3 Todo me aburre o me desagrada.</p>	10	<p>0 No lloro más de lo habitual.</p> <p>1 Lloro más que antes.</p> <p>2 Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.</p>
5	<p>0 No siento ninguna culpa participar.</p> <p>1 Me siento culpable buena parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	11	<p>0 No me irrito más ahora que antes.</p> <p>1 Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.</p> <p>2 Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>3 No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.</p>
6	<p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo estar siendo castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>	12	<p>0 No he perdido interés en otras personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.</p> <p>3 He perdido todo interés en los demás.</p>
7	<p>0 No me siento decepcionado de mi mismo.</p> <p>1 Estoy decepcionado conmigo.</p> <p>2 Estoy harto de mi mismo.</p> <p>3 Me odio a mi mismo.</p>	13	<p>0 Tomo decisiones como siempre.</p> <p>1 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.</p> <p>2 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.</p> <p>3 Ya no puedo tomar ninguna decisión.</p>
8	<p>0 No me siento peor que otros.</p> <p>1 Me critico por mis debilidades.</p> <p>2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.</p> <p>3 Me culpo por todas las cosas malas que suceden.</p>	14	<p>0 No creo que me vea peor que antes.</p> <p>1 Me preocupa que esté pareciendo avejentado(a) o inatractivo (a).</p> <p>2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).</p> <p>3 Creo que me veo horrible.</p>

15	<p>0 Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>1 Me cuesta un mayor esfuerzo empezar ha hacer algo.</p> <p>2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.</p> <p>3 No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>	19	<p>0 Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdi algo.</p> <p>1 He perdido más de 2 kilos.</p> <p>2 He perdido más de 4 kilos.</p> <p>3 He perdido más de 6 kilos.</p>
16	<p>0 Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>1 No duermo tan bien como antes.</p> <p>2 Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.</p> <p>3 Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.</p>	20	<p>0 No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.</p> <p>1 Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o costipación.</p> <p>2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.</p> <p>3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.</p>
17	<p>0 No me canso más de lo habitual.</p> <p>1 Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.</p> <p>2 Me canso al hacer cualquier cosa.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.</p>	21	<p>0 No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy interesado por el sexo más de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido por completo el interés por el sexo.</p>
18	<p>0 Mi apetito no ha variado.</p> <p>1 Mi apetito no están bueno como antes.</p> <p>2 Mi apetito es mucho peor que antes.</p> <p>3 Ya no tengo nada de apetito.</p>		

Gracias por su colaboración.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.120.

CUESTIONARIO APOYO FAMILIAR AL PACIENTE DIABÉTICO.

Objetivo: Identificar el conocimiento que el familiar tiene de la diabetes mellitus.

Instrucciones: Marcar con una X la respuesta de su elección y colocar los datos que se le solicitan.

I.-Datos generales.

1.-Nombre: _____ 2.-Edad: años.

3.-Sexo: Fem. Masc.

4.-Estado civil: 1)Soltero 2)Casado 3)Viudo 4)Divorciado 5)Unión libre.

5.-¿A qué se dedica usted?.

1)Hogar 4)Labores de oficina
 2)Comerciante 5)Otro
 3)Obrero ¿Cuál? _____

6.-¿Qué parentesco tiene con el paciente?. R: _____

7.-¿Quién es el familiar que acompaña al paciente a las consultas medicas?. R: _____

En el siguiente cuadro marcar con una X el número de su elección de acuerdo a lo siguiente A= Siempre (5), B= Casi siempre (4), C= Ocasionalmente (3), D= Rara vez (2), E= Nunca (1). Poner atención en las preguntas 4,5,8,11,19 y 22 ya que los números se encuentran invertidos para la clasificación 1=A, 2=B,3=C,4=D y 5=E.

	A	B	C	D	E
1.-El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies.	5	4	3	2	1
2.-El diabético debe en su casa medirse la azúcar en la sangre.	5	4	3	2	1
3.-Son comunes las infecciones en los diabéticos.	5	4	3	2	1
4.-La preparación de los alimentos del enfermo es realizada por:					
A)El paciente mismo.	1	2	3	4	5
B)El cónyuge.	5	4	3	2	1
C)La hija mayor.	5	4	3	2	1
D)Otra persona.	1	2	3	4	5

	A	B	C	D	E
5.-La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
A)El paciente mismo	1	2	3	4	5
B)El cónyuge	5	4	3	2	1
6.-Usted esta de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que.					
A)Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
B)Llevar su dieta	5	4	3	2	1
C)Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
D)Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
E)Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7.-Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico.	5	4	3	2	1
8.-Cuando su familiar enfermo come más de los alimentos indicados usted.					
A)Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
B)Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
C)Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
D)Insiste amenazándolo	1	2	3	4	5
E)No dice nada.	1	2	3	4	5
9.-Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina.	5	4	3	2	1
10.-Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético.					
A)Porque no sabe	5	4	3	2	1
B)Porque no le gusta	5	4	3	2	1
C)Porque le quita el tiempo	5	4	3	2	1
D)Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11.-Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación medica.					
A)Le recuerda	5	4	3	2	1
B)Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
C)Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
D)Lo regaña	1	2	3	4	5
E)Nada	1	2	3	4	5
12.-Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar.	5	4	3	2	1
13.-Considera necesario que el diabético acuda al dentista.	5	4	3	2	1
14.-Motiva a su familiar a hacer ejercicio (Caminar).	5	4	3	2	1
15.-El ejercicio físico baja el azúcar.	5	4	3	2	1
16.-A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar.	5	4	3	2	1
17.-La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos.	5	4	3	2	1
18.-Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas.	5	4	3	2	1

	A	B	C	D	E
19.-Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted.					
A)Lo acompaña	5	4	3	2	1
B)Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
C)Esta al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
D)No se da cuenta	1	2	3	4	5
20.Conoce la dosis de medicamentos que debe tomar su familiar.	5	4	3	2	1
21.-Platica con el medico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar.	5	4	3	2	1
22.-¿Su familiar diabético toma otra cosa para su control a parte del medicamento ?.					
A)Tés	1	2	3	4	5
B)Homeopatía	1	2	3	4	5
C)Remedios caseros.	1	2	3	4	5
23.-Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético.					
A)El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
B)El uso de talcos	5	4	3	2	1
C)El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
D)Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24.-Su familiar diabético se encuentra en la casa solo.	5	4	3	2	1

Gracias por su colaboración.