



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR IZTAPALAPA 1

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

**CAUSAS DE MAL APEGO A LA DIETA EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS EN
CLINICA IZTAPALPA 1 ISSSTE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. TERESA ESCÀRCEGA MORALES

teresa_doe13 @ hot mail com

CIUDAD DE MÉXICO

*email
15 JUN 16*

2016



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.

**CAUSAS DE MAL APEGO A LA DIETA EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS EN
CLINICA IZTAPALAPA 1 ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. TERESA ESCÁRCEGA MORALES

AUTORIZACIONES



DRA. BLANCA SILVIA RIVERA MEDINA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:



DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO
ASESOR DE TEMA DE TESIS



DR. ALEJANDRO IVÁN ESQUIVEL LÚ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
DELEGACIÓN REGIONAL ORIENTE

**CAUSAS DE MAL APEGO A LA DIETA EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS EN
CLINICA IZTAPALAPA 1 ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. TERESA ESCÁRCEGA MORALES

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Contenido

MARCO TEORICO:	5
ANTECEDENTES HISTORICOS	11
PREVALENCIA.	13
CLASIFICACION.....	15
FACTORES DE RIESGO.....	16
DIAGNOSTICO.....	16
COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS.	16
TRATAMIENTO.	17
EJERCICIO:	18
NUTRICION:	20
FACTORES QUE REDUCEN EL APEGO AL TRATAMIENTO.	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
JUSTIFICACION.....	29
OBJETIVO GENERAL	30
OBJETIVOS ESPECIFICOS.	30
METODOLOGIA.....	32
DEFINICION DEL UNIVERSO.	34
CRITERIOS DE SELECCIÓN.	35
DEFINICION DE VARIABLES.	36
PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN;.....	38
RESULTADOS	39
DESCRIPCION DE RESULTADO.....	39
Características de los entrevistados	40
ANALISIS O DISCUSION.....	52
CONCLUSIONES.....	54
ANEXOS	56
BIBLIOGRAFIA.....	58

CAUSAS POR LAS QUE NO HAY APEGO A DIETA EN DIABETICOS

MARCO TEORICO:

La historia de la medicina es la rama de la historia dedicada al estudio de los conocimientos y prácticas médicas a lo largo del tiempo.

El ser humano ha tratado de explicarse la realidad y los acontecimientos trascendentales que en ella tienen lugar como la vida, la muerte o la enfermedad, las primeras civilizaciones y culturas humanas basaron su práctica médica en dos pilares el empirismo primitivo, de carácter pragmático aplicando el uso de hierbas o remedios obtenidos de la naturaleza, y una medicina mágico-religiosa, que recurrió a los dioses, con Alcmeón de Crotona, en el año 500 a.C., se dio inicio a una etapa basada en la técnica definida por la convicción de que la enfermedad se originaba por fenómenos naturales susceptibles de ser modificados o revertidos, así, se inicia la medicina moderna, surgieron muchas corrientes y se incorporarán modelos médicos procedentes de otras culturas como la China.

A finales del siglo XIX los médicos franceses Bérard y Gubler resumían el papel de la medicina como “Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre”.

La medicina del siglo XX, impulsada por el desarrollo científico y técnico se consolidó como una disciplina más resolutiva, la medicina científica, basada en la evidencia, se apoya en un paradigma biologicista, pero admite y propone un modelo de Salud-enfermedad determinado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. (11)

Al inicio del siglo XX es considerado como el inicio de la era de la especialización por los cambios sociales y económicos así como una cadena de conflictos médicos que marco esta etapa, condicionando altos costos en la atención de los problemas de salud, en 1966 la comisión Millis llama la atención sobre la fragmentación de la atención a la salud y hace un llamado al cambio, surge el nuevo especialista llamado médico familiar.

En 1954 el IMSS reorganiza su sistema de atención médica identificando al médico de familia.

En 1971 da inicio la residencia en Medicina Familiar.

En 1972 se crea oficialmente el Colegio mundial de Médicos de Familia (WONCA) con la afiliación de Sociedades Nacionales De Medicina Familiar de más de 80 países en el mundo.

En 1974 se obtiene reconocimiento de la Facultad de Medicina, UNAM como especialidad médica.

En 1975 se crea el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM en Latinoamérica.

En 1977, el comité de ministros del consejo europeo emite que la medicina familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud.

En 1980 el ISSSTE y la Secretaría de Salubridad (SSA) dan principio a la residencia en Medicina Familiar basándose en un programa académico universitario.

En 1981 se crea el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF).

En 1987 se constituye el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMMF), alejado de toda relación política e institucional que busca garantizar la capacidad técnica de los especialistas en medicina familiar para ser reconocidos nacional e internacionalmente como una disciplina, inicia a certificar especialistas de medicina familiar

En 1991 WONCA y la OMS emiten una declaración conocida como “El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud” colocando a la medicina de familia como una estrategia sanitaria no como una disciplina académica.

En 1994 en Ontario, Canadá señala cómo el médico de familia en el ejercicio de la medicina familiar, contribuyendo a las necesidades de salud de la población.

En México en 1994 se forma el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF), el cual agrupa a 19 asociaciones de Medicina Familiar en todo el país.

En 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realiza en Buenos Aires, Argentina una reunión de trabajo sobre medicina familiar y la reforma en los sistemas de salud, emite la declaración de Buenos Aires, así mismo, se transforma en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, la cual afilia actualmente a las sociedades nacionales de 17 países, entre ellos esta México.

En 1999 se forma la Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar A.C. la cual es miembro de la Internacional Federation of Primary Care Research Networks.

En 2002 la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar llevó a cabo la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, estableciendo una serie de compromisos como formación de Médicos Familiares en postgrado, introducción de medicina familiar en el pregrado, así como el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, plasmados en la Declaración de Sevilla, en esta fecha el Colegio Mexicano de Medicina Familias (CMMF), ingresa formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio (WONCA).

En conclusión, el desarrollo de la medicina de familia se lleva a cabo en cuatro pasos:

- 1.- Subvaloración del trabajo de médicos generales y familiares.
- 2.- Formación médica básica insuficiente aunada a la identificación de la necesidad de cierta preparación de postgrado.
- 3.- Reconocimiento a la medicina familiar como rama autónoma de la medicina con un campo específico de investigación y docencia.
- 4.- Reconocimiento a la medicina familiar como disciplina médica científica. (12,13).

La Medicina familiar se distingue de las otras especialidades por los fundamentos y principios que la sostienen, es una especialidad que aborda los conocimientos

relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud individual inmersa en un contexto familiar.

La Medicina Familiar representa un factor importante en el sistema de atención médica, se enfoca a las tres principales esferas Biológica, psicológica y social que determina la salud y que da una mayor relevancia al aspecto biológico, también se hace necesario dar énfasis a los aspectos psicológicos y sociales en los que se pueden encontrar los elementos familiares.

La familia es el eje fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad, sus creencias, sus valores y mitos, estos determinaran la conducta familiar, misma que puede ser transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país y del mundo entero. (14)

La Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia, es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

CONTINUIDAD: Integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo ni la naturaleza o estadio de la enfermedad, estableciendo tratamiento adecuado y coordinando los recursos médicos familiares y comunitarios a su alcance.

ACCION ANTICIPATORIA: Se basa en un enfoque de riesgo, contribuye la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medioambiente produzcan una enfermedad, el enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear estrategias para el manejo de la enfermedad integrando el tratamiento médico curativo con medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

ESTUDIO DE LA FAMILIA: Permite el entendimiento del entorno biopsicosocial en el que se desarrolla cada individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.(15)

El médico familiar debe desarrollar habilidades para facilitar su trabajo estas son de tres tipos:

CONCEPTUALES: Se logra a través de la adquisición de conocimientos claros y sólidos.

PERCEPTUALES: Se alcanza a través de la práctica clínica con pacientes y sus familias, se identificara estructura familiar subsistemas, alianzas y coaliciones, secuencias de interacción y de comunicación, líneas de jerarquía, control y etapa del desarrollo familiar.

EJECUTIVAS: Se aprende a llevar a la práctica clínica las habilidades anteriores y que permite realizar:

- Maniobras de Unión; saber cómo establecer una relación médico-paciente-familia efectiva.
- Maniobra de valoración; mediante la elaboración de historia clínica familiar mediante la entrevista individual y/o familiar.
- La negociación; saber llevar los problemas de una concepción individual a una familiar retroalimentando al paciente y a la familia.
- Establecimiento de un contrato de trabajo; en el que se especifican los alcances de nuestra responsabilidad.
- Las habilidades del manejo; saber transmitir la información de su problema al paciente y a su familia, es fundamental diferenciar la información para el paciente y para la familia incluyendo a los integrantes que toman decisiones,
- Las guías anticipadas; saber transmitir la información sobre la ocurrencia de eventos en particular para facilitar la adaptación del paciente y/o su familia a los cambios y a manejar adecuadamente el estrés que se genera
- La facilitación; tiene como objetivo la exploración de diferentes alternativas de comunicación y solución de problemas, algunas técnicas usadas son; clarificación, normalización, sugerencias específicas.
- La intervención en crisis: método y habilidad fundamental con la cual se provee atención y apoyo durante eventos que generan gran tensión, permite que la experiencia tienda a ser constructiva.
- La referencia a otros especialistas: cuando sea necesario, refiriendo a la familia que sigue siendo responsable de su atención.

La medicina familiar es una especialidad de actitudes y funciones, habilidades que al ponerse en práctica son una alternativa terapéutica, efectiva, humana y altamente gratificante, que le dan a la medicina familiar ejercida un sentido y razón de ser.

El perfil del Médico Familiar presenta varias características específicas que son:

- Es la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta, su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.
- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, es una atención integral y continua, se lleva a cabo en consultorio, en el domicilio del propio paciente o bien a nivel hospitalario.
- Reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud, coordina los recursos disponibles en la comunidad.

- Tiene la capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población, efectuando acciones preventivas y de educación para la salud.
- En la relación médico-paciente evita la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.
- El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural.
- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional en términos de un individuo y de una población en riesgo.(15)

El diario oficial define a la Diabetes Mellitus al padecimiento metabólico, crónico incurable pero controlable, caracterizado por intolerancia a la glucosa, aumento de volumen de orina y mayor sensación de sed y hambre, causada por factores hereditarios y ambientales que con frecuencia actúan juntos. La Obesidad es un factor predisponente (8).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, degenerativa multisistémica, irreversible e incurable, la cual afecta todos los procesos metabólicos del organismo humano, y que comparten el fenotipo de la hiperglucemia (1).

La alteración principal es a nivel de la glucosa, obedece a múltiples causas, muchas de ellas aún desconocidas, están involucrados factores genéticos, inmunológicos, tóxicos, ambientales, educacionales, nutricionales etc. (1) en todas estas alteraciones se encuentra deficiencia de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta, es la primera causa de ceguera, nefropatía en etapa Terminal y amputaciones de extremidades.

La falta de compromiso por parte de los propios pacientes para seguir las dietas, realizar el ejercicio recomendado y la toma de su medicamento influye en el abandono del tratamiento de la diabetes tipo 2, como consecuencia, una condición del paciente diabético puede empeorar y abrir las posibilidades de complicaciones a corto o largo plazo.

La adherencia a los tratamientos no solo conlleva una reducción de la mortalidad prematura de la población, sino también una disminución de los costos económicos, ya que el 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa.

Es muy importante la educación que se imparte dentro de las unidades médicas donde se atienden pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sobre todo si se considera que es una enfermedad crónica –degenerativa y que requiere de un control adecuado.(19)

Dado que va en aumento seguirá siendo una de las causas de morbi-mortalidad en el futuro próximo.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La diabetes mellitus se conoce desde la antigüedad, los escritos chinos mencionaban un síndrome de polifagia, polidipsia y poliuria, Arataeus (70 a. C) describió la enfermedad y le dio su nombre que en griego significa "correr a través".

Paracelso en el siglo XVI inicia el estudio químico de la orina.

Thomas Willis describió la dulzura de la orina como si estuviera impregnada de miel ("mellitus"), y Dobson comprobó que se trataba de azúcar.

Rollo 29 años después introduce un enfoque dietético racional

Morton en 1686 hizo notar el carácter hereditario de la enfermedad.

Claudio Bernard en 1859 demostró el contenido alto de la glucosa en la sangre en pacientes diabéticos y reconoció a la hiperglicemia como un signo cardinal de la enfermedad.

Langerhans en 1869 describió los islotes celulares del páncreas que aún hoy en día llevan su nombre

Kussmaul en 1874 hizo la descripción de la respiración laboriosa y la necesidad de aire del paciente en coma diabético el cual le da su nombre.

Los Dr. Bouchardat, Naunyn, Von Noorden, Allen y Joslin dieron considerable éxito a la dieta para los pacientes diabéticos basados en diferentes estudios.

Von Mering y Minkowski en 1889 demostraron que se puede volver diabético a un perro por medio de una pancreatectomía.

Banting y Best 1919, 30 años transcurrieron para que pudieran preparar un extracto de páncreas de perro para control de la glicemia en animales.

Hadegorn en 1939 introdujo la primera insulina de acción prolongada.

Sanger en 1953 determina la estructura química de la insulina de buey.

Nicol y Smith en 1960 describen la estructura química de la insulina humana en donde dice que la unidad básica contiene dos cadenas polipeptídicas unidas por puentes disulfuro.

Katsoyannis en E.U.A. y Zahn en Alemania, en 1964, lograron la síntesis de ambas cadenas de insulina y las combinaron con material biológicamente activo.

Steiner en 1967 describe una molécula de proinsulina la cual es convertida por acción enzimática en insulina activa, una molécula más pequeña.

Franke y Fuchs en Alemania en 1955 descubren el efecto hipoglucémico de la carbutamida y marca el inicio del uso de las sulfonilureas. (1)

PREVALENCIA.

La diabetes es una enfermedad de distribución mundial más frecuente en algunos países, las mujeres son más sensibles a la insulina que los varones, la prevalencia de diabetes tipo 2 es similar en ambos sexos.

En E.U.A. Se presenta en personas adultas y en jóvenes mayores de 20 años, presentando alto índice en adolescentes pre diabéticos sumándose condiciones favorables para desarrollar la enfermedad como es la obesidad y el tipo de dieta que consumen diariamente.

En el reporte de la Asociación Americana de Diabetes se encuentra que el predominio total de la diabetes en población general es de 23.6 millones de personas corresponde al 8.0% de la población general, con 17.9 millones de personas de casos detectadas.

1.6 millones de personas detectadas con Diabetes Mellitus tipo 2 de 20 años de edad o mayores.

Se reporta 1 de 6 adolescentes con sobrepeso entre 12 a 19 años de edad presentan prediabetes.

En adultos mayores de 60 años hay 12.2 millones de personas el 23.1% de la población general de este grupo de edad.

Hombres 12.0 millones el 11.2%. Mujeres 11.5 millones el 10.2%

En personas hispanas de color blanco presentan 14.9 millones de diabéticos el 9.8% de la población mayor de 20 años.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 se contabilizaron más de 346 millones de personas con diabetes mellitus a nivel mundial, cifra que se esperaba en el año 2025, menciona que en Latinoamérica existen 15 millones de personas con diabetes mellitus y alcanzara los 20 millones de personas en los próximos 10 años y según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia podría llegar a 83 millones para el 2030

A partir de 2010 la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad en México, y el Sistema Nacional de Salud notifica más de 200 000 casos nuevos por año, se estima que para el 2018 México podría ocupar el primer lugar pues existe un sub registro de 2 millones de personas, la OMS ha señalado que para el 2025 ocupara el 7° lugar después de la India, China, Indonesia, Estados Unidos y Rusia.

En el ámbito mundial se calcula que en el 2004 fallecieron 3.4 millones de personas por complicaciones atribuibles a este padecimiento, en América Latina, para el año 2007, la mortalidad evitable por Diabetes Mellitus en menores de 50 años fue de 22 000 casos, a pesar del origen multifactorial y genético, dicha cifra pudo haberse abatido con un diagnóstico oportuno, apego al tratamiento

prescrito y cambios en el estilo de vida de los pacientes, que es considerado por la normativa nacional vigente.(20)

La población diabética seguirá en aumento por condiciones como el sobrepeso u obesidad como antecesor de la enfermedad, ya que aprox. el 90 % de los diabéticos lo fueron, genéticamente se hereda el gen diabético, dos y media veces más frecuente que otras enfermedades.(1)

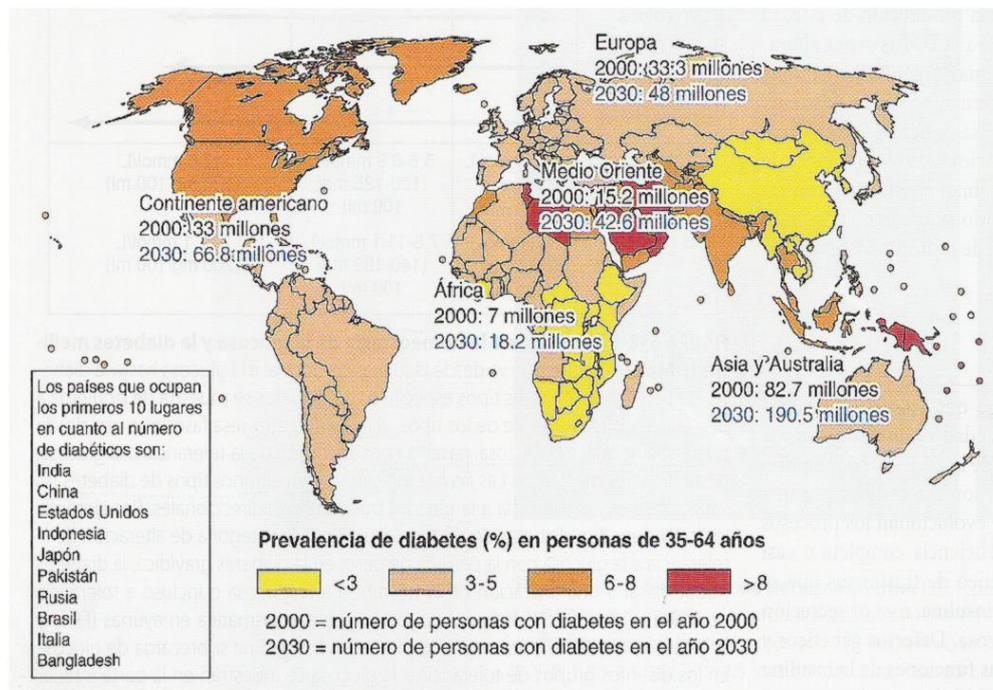


FIGURA 338-2. Prevalencia mundial de diabetes mellitus.

La diabetes mellitus tipo 2 presenta como aspectos centrales de su desarrollo, la resistencia a la insulina y la secreción anormal de ésta y que solo se presenta la diabetes si la secreción de la insulina se torna inadecuada, la enfermedad es poligénica y multifactorial, además de la susceptibilidad genética, factores ambientales (obesidad, nutrición y actividad física) modulan en fenotipo.

La característica especial es una menor secreción de insulina, por resistencia a dicha hormona, por producción excesiva de glucosa por el hígado y por el metabolismo anormal de grasa, la obesidad es muy frecuente en la diabetes mellitus tipo 2 con aumento de la razón de la circunferencia a nivel de la cadera-abdominal, en las etapas iniciales en etapas iniciales la tolerancia a la glucosa sigue casi normal a pesar de la resistencia de la insulina porque las células beta del páncreas logran la compensación al incrementar la producción de la hormona, esto es se piensa que es parte del proceso patógeno de la DM.

CLASIFICACION

Es útil clasificar el tipo de diabetes de cada paciente, la insulina es una hormona necesaria para convertir el azúcar en almidones y otro tipo de elementos productores de energía necesario para el cuerpo, la causa de la diabetes continua siendo un misterio algunas causas pueden ser genéticas, obesidad, la falta de ejercicio y el sedentarismo .

Encontramos que la clasificación de diabetes con base en el proceso patógeno que nos lleva a la hiperglicemia es:

Prediabetes es una condición en donde el paciente esta asintomático, con alteraciones de la glucemia en ayuno (IFG) o de la tolerancia a la glucosa (IGT) por arriba de las cifras normales no y que por lo general evolucionan a diabetes.

Diabetes tipo 1 se presenta con niveles altos de azúcar inestables paciente sintomático con poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso se presenta con difícil control y que por la inestabilidad de la glicemia hace difícil el control con insulina cayendo frecuentemente en hipoglicemias o hiperglicemias de predominio en la adolescencia hasta la edad de 30 años y que por lo general evolucionan a una diabetes tipo 2.

Diabetes tipo 2 se presenta con niveles altos de azúcar en sangre en ayuno (se define ayuno a la ausencia de ingestión calórica durante al menos 8 horas), sintomáticos (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso), glicemia postprandial elevada francamente

La diabetes de pacientes jóvenes menor a 25 años se caracteriza por ser transmitida por herencia autosómica dominante con un trastorno de secreción de la insulina.

La diabetes gestacional se presenta inmediatamente después del inicio del embarazo en un 5% al 10% de mujeres embarazadas, el 30 al 60% de las mujeres con diabetes gestacional padecen diabetes en etapas posteriores de la vida. (1,3)

El embarazo complicado con diabetes se acompaña de cifras altas de morbi-mortalidad maternas y perinatales, la suplementación de folatos disminuye la incidencia de defectos del tubo neural, que se presentan frecuentemente en mujeres diabéticas, el control de las glicemias es importante para prevenir anomalías congénitas

FACTORES DE RIESGO.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes con diabetes son vasculares, incluyendo las ocasionadas por microangiopatía, (Nefropatía diabética e insuficiencia renal) y macroangiopatía (Enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular cerebral, enfermedad arterial periférica, aneurisma aórtico, claudicación, gangrena).

Con mayor frecuencia se presentan los factores como Antecedentes heredo-familiares, Antecedentes de productos macrosómicos, Obesidad, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Eventos cardiovasculares anteriores. Tabaquismo, Trastorno de la coagulación y de la función plaquetaria. (9).

DIAGNOSTICO.

Una forma rápida y sana para determinar prediabetes o diabetes en los pacientes es determinar la glucosa en sangre (FPG) y la prueba de la curva de tolerancia a la glucosa (OGTT), La American Diabetes Association, recomienda , la prueba de glucosa en sangre en ayuno, por ser más fácil, rápida y menos costosa.

La tolerancia a la glucosa se clasifica en tres categorías:

Los niveles de glucosa en sangre normales en los pacientes no diabéticos es de 100 mg/dl, pacientes con niveles de 100 a 125 mg/dl son pre diabéticos y pacientes con niveles de 126 md/dl en adelante se llaman diabéticos (1,4).

La toma de la hemoglobina glucosilada en la actualidad no se toma para diagnóstico de Diabetes Mellitus.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS.

Las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus son:

Microvasculares:

Enfermedades Oculares:

Retinopatía (No proliferativa y proliferativa)

Edema de la Macula.

Neuropatías:

Sensitivas y Motoras (Mononeuropatías y polineuropatías)

Vegetativas

Nefropatías

Macrovasculares

Arteriopatía Coronaria

Enfermedad vascular periférica

Enfermedad vascular cerebral.

Otras:

Del tubo digestivo (gastroparesia, diarrea)

Genitourinarias (uropatías y disfunción sexual)

Dermatológicas, Infecciosas, Cataratas, Glaucoma, Enfermedad periodontal. (1)

TRATAMIENTO.

Los objetivos del tratamiento de la Diabetes Mellitus son:

Eliminar los síntomas relacionados con la hiperglucemia.

Eliminar o reducir las complicaciones de microangiopatía o macroangiopatía a largo plazo. Lograr que el paciente lleve una vida tan normal como sea posible.

Para lograr estos objetivos es preciso fijar una meta de control glucémico en cada paciente con ayuda de un equipo interdisciplinario y la participación del paciente, sus aportaciones y su entusiasmo, los miembros del equipo de salud incluyen al médico de atención primaria, el diabetólogo y un especialista en nutrición, o bien, Médicos subespecialistas necesarios para la atención de las complicaciones del paciente.

Se utiliza el término Atención Integral de la Diabetes para resaltar que aunque el control de la glucemia es fundamental también implica modificar los factores de riesgo de nuestra población así como la detección de complicaciones específicas de la enfermedad, teniendo un impacto físico, familiar, económico, cultural y laboral.

La vigilancia óptima del control de la glucemia implica la realización de determinaciones de la glucosa plasmática por el paciente y las valoraciones a largo plazo por el médico, así como el control de glicemia con el uso y apego a su dieta estricta en primer lugar, posteriormente la supervisión de la toma de medicamentos o bien la aplicación de insulina en caso necesario.

La dieta recomendada para los pacientes diabéticos es la dieta equilibrada, al igual que la demás población, el 80 % de los casos se asocian a obesidad, se aconseja dieta hipocalórica, realizando tres alimentos al día y 2 – 3 colaciones.

Los alimentos especiales a menudo son caros y por lo general contienen azúcares, fructuosa o sorbitol, en su lugar se pueden utilizar, sacarina, ciclamato y aspartato, si come fuera de casa deberá de preguntar si la comida lleva azúcar o contiene exceso de grasa, las comidas rápidas, suelen tener un alto contenido de hidratos de carbono simple o grasas y baja cantidad de fibra por lo que no es aconsejable ingerirlas.

Hay dos tipos de bebidas alcohólicas:

Las que contienen alcohol y un alto contenido de azúcar como la cerveza, vinos dulces, licores y sidra las cuales deben evitarse.

Las que contienen alcohol y bajo contenido de azúcar como el whisky, vinos y licores sin azúcar que pueden tomarse con moderación y siempre acompañados con las comidas ya que el alcohol puede disminuir los niveles de glucosa en sangre y producir un estado de hipoglicemia.

El paciente diabético no debe ingerir: Harinas (pan de dulce, repostería), caramelos, miel, chocolate, leche condensadas, yogurt, crema, flan, nata, refrescos, azúcar, carnes frías y bebidas alcohólicas. (15)

EJERCICIO:

El ejercicio es importante para disminuir el riesgo cardiovascular bajar las cifras tensionales, conservación de la masa muscular, reducción de la grasa corporal y pérdida de peso, disminuye las cifras de glucemia y aumenta la sensibilidad a la insulina, la ADA recomienda 150 min. de ejercicio distribuidos en una semana, la toma de glucemias antes, durante y después de la realización del ejercicio y valoración del mismo cuando se encuentran complicaciones crónicas.

El ejercicio físico constituye un pilar fuerte en el tratamiento de los pacientes diabéticos y contribuye a prevenir el desarrollo de la enfermedad, realizando 30 min. Diarios en pacientes adultos y 60 min. Diarios en los niños, mejora el estado cardiovascular como es la disminución de la frecuencia cardiaca en reposo, aumento del volumen sistólico y disminución del trabajo cardíaco.

El ejercicio y la dieta serán parte fundamental del tratamiento, la dieta deberá adaptarse a cada individuo para conseguir los objetivos generales del tratamiento, minimizando las hipoglucemias, y disminuyendo los ingresos hospitalarios y la aparición de complicaciones.

Las contraindicaciones para la realización del ejercicio son:

- Glicemia en sangre por arriba de 300 mgrs
- Hipoglicemia hasta su recuperación total.
- Retinopatía proliferativa no tratada.
- Hemorragia vítrea o retiniana reciente.
- Neuropatía autonómica severa.
- Neuropatía periférica severa.
- Nefropatía diabética.

Las precauciones para la realización de ejercicio en pacientes diabéticos son:

- Control de la glucemia antes, durante y después del ejercicio.

- Antes de iniciar una sesión de ejercicio hacer calentamiento de 10 a 15 min y terminar con 10 a 15 min de flexibilidad y relajación muscular.
- Evitar la aplicación de insulina en las áreas que se requerirán para el ejercicio.
- Tener cerca una fuente de hidratos de carbono en caso necesario.
- Consumo de líquidos antes, durante y después del ejercicio.
- Cuidado de los pies, uso de calzado adecuado y usar calcetines de algodón.
- Evitar sitios alejados y solitarios.
- Evitar el ejercicio en descontrol metabólico, en condiciones de calor o frío extremo.
- Portar una placa identificativa de su condición de diabético.(25)

La diabetes tiene como antecedentes importantes la obesidad por la falta de ejercicio, la ingesta de comida chatarra y el sedentarismo, por lo que es importante llevar al paciente diabético a la reducción ponderal, el contenido calórico de la dieta deberá ajustarse en cada individuo en función de su índice de masa corporal y de la actividad física que desempeñe habitualmente.

“Hay muchas razones para esto. Entre ellas está el impacto de la aculturación. Más que nunca, los padres de familia y niños hispanos están incorporando a sus dietas una mayor cantidad de comida rápida en vez de los alimentos tradicionales. El hecho de que muchas madres están trabajando fuera del hogar implica que no pueden controlar la calidad de los alimentos ingeridos por sus niños. Además, el aumento en los comportamientos sedentarios (inactivos) significa que los hispanos no son tan activos como antes. Hay una mayor dependencia en los automóviles o el transporte público y las personas ya no caminan ni van en bicicleta a sus trabajos o a la escuela como hace 20 años. Además, ha habido un gran aumento en la cantidad de tiempo que los niños dedican a mirar TV y a jugar con los videos juegos en vez de jugar afuera.

Dentro de la comunidad hispana hay un concepto erróneo acerca de lo que significa ser "saludable". Para los hispanos, el concepto de salud consiste en tener bastante comida y la ausencia de enfermedades pero no incluye las comidas balanceadas y nutritivas y la actividad.”¹

¹ <http://www.cdc.gov/spanish/VERB/OBESIDAD.htm>

NUTRICION:

Terapia nutricional médica es un término empleado por ADA para describir la coordinación óptima del consumo calórico con medicamentos, ejercicio, baja de peso.

Las medidas de prevención primaria, orienta a evitar o retrasar el comienzo de la DM en sujetos con factores de riesgo (principalmente obesidad y dislipidemias).

Las medidas de prevención secundaria está orientada a evitar o retrasar las complicaciones propias de la diabetes o mejorar las glucemias.

Las medidas de prevención terciaria están orientadas a tratar las complicaciones propias de la Diabetes (Enfermedad cardiovascular, nefropatías). (1)

Los objetivos “clásicos de la dieta en la diabetes”:

- Ser nutricionalmente completa (dieta equilibrada).
- Mantener o acercar el peso ideal.
- Contribuir a normalizar los niveles de glucemia.
- Disminuir el riesgo cardiovascular.
- Contribuir a mejorar el curso de las complicaciones.
- Adaptarse al gusto de los pacientes.
- Favorecer la aceptación de la misma al mantener su función placentera e incluso, compensatoria.

Para aprovechar los beneficios de una dieta correcta debe ser, ante todo, una dieta equilibrada que contenga los nutrientes imprescindibles para la vida, y una cantidad adecuada de agua por día. (17)

La nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales el ser vivo utiliza, transforma e incorpora en sus propias estructuras las sustancias que recibe del mundo exterior, permitiendo mantener un adecuado estado de salud y una capacidad de trabajo, es equilibrada cuando aporta todos los nutrientes en cantidad y calidad adecuada para dar energía, manteniendo el peso ideal aportando todas las vitaminas y minerales en cantidades no inferiores a 2/3 de los aportes dietéticos recomendados.

Los nutrientes es toda la sustancia contenida en los alimentos que es necesaria para vivir y mantenernos en salud.

Nutrientes esenciales son aquellos que el organismo no puede sintetizar a partir de otros y depende de la ingesta en los alimentos y están constituidos por macronutrientes que son los que aportan energía: 1) Proteínas, 2) Grasa, 3) Carbohidratos.

Las proteínas son imprescindibles para el crecimiento, renovación de las estructuras orgánicas, mantener la inmunidad y las reacciones enzimáticas celulares. 1 gramo de proteína aporta 4 Kcal.

La grasa es el nutriente energético por excelencia, 1 gramo de grasa aporta 9 Kcal. Suministra los ácidos grasos esenciales y proporciona al organismo las vitaminas liposolubles A, D, E y K, su ingesta es imprescindible, aunque la ingesta en exceso sobre todo de grasa saturada es perjudicial.

Los carbohidratos tienen una función energética.

Las vitaminas y los minerales intervienen en multitud de procesos celulares, existen dos tipos de vitaminas:

Hidrosolubles: 8 vitaminas del grupo B y vitamina C.

Liposolubles: vitaminas A, E, D, y K.

Necesitamos 18-20 minerales : calcio, fósforo, magnesio, hierro, manganeso, zinc, cobre, cobalto, cromo, molibdeno, yodo, flúor, sodio, potasio, cloro, azufre, selenio, níquel, estaño y silicio.

La fibra se describe como aquella parte de la planta que no es digerida por el intestino humano por falta de enzimas digestivos específicos, se clasifican en 2 grupos:

Fibra insoluble se encuentra en cereales integrales, el centeno y los productos derivados del arroz, disminuye el tránsito intestinal, disminuye el vaciado gástrico.

Fibra soluble se encuentra en frutas, legumbres y cereales, aumentan la viscosidad del bolo alimenticio y el tiempo de vaciado gástrico, aumenta el tiempo de tránsito intestinal. (10)

Comer una variedad amplia de alimentos le ayuda a mantenerse saludable, tratar de incluir de todos los grupos de alimentos en cada comida.

Verduras 2 1/2 a 3 tazas por día, frescas o congeladas sin salsas, grasas o sal agregada, de color verde o amarillas.

Frutas 1 1/2 a 2 tazas por día, frescas, congeladas, enlatadas sin azúcar o frutos secos, la Asociación Americana de la Diabetes escogió 10 alimentos para el control de la Diabetes, los cuales poseen un índice glicémico bajo.

Bayas, están cargadas de antioxidantes, vitamina C, potasio y fibra, bloquean a los radicales libres, que son los responsables de envejecimiento prematuro, cáncer, cardiopatías y artritis, disminuyen los niveles de colesterol.

Frutas cítricas, naranja, toronja, limas y limones, son alimentos cargados de vitamina C y fibra soluble, dan sensación de saciedad regulan la presión sanguínea.

Pescados ricos en omega 3, salmón, atún, sardina, trucha, anchoa y el hígado de bacalao, reducen las enfermedades coronarias.

Tomates, son una fuente de vitamina C y vitamina A.

Nueces, al natural o tostadas ayudan al control de la glucosa y colesterol en sangre.

Frijoles, son altos en fibra, proteína, magnesio y potasio, contienen un aporte de proteína equivalente a una onza de carne sin grasas saturadas. (24)

Granos 3 a 4 onzas al día, los granos integrales que son sin procesar y tiene semillas de grano entero, granos refinados que han sido procesados (molidos) para eliminar el salvado y el germen.

Alimentos proteicos 5 a 6 ½ onzas al día, abarcan carne, aves de corral, mariscos, huevos, retirando la piel de la carne, seleccione cortes magros, horneada, asada, hervida no frita.

Productos lácteos 3 tazas x día, bajos en grasa o sin grasa, producto rico en calcio, el consumo de vitamina D mejora la función de las células beta, productoras de insulina.

Aceites/Grasa no más de 7 cucharadas por día, reducir alimentos ricos en grasas saturadas, como hamburguesas, fritos, tocino y mantequilla, elegir alimentos ricos en grasas poliinsaturadas o monoinsaturadas como son el pescado, nueces y aceites vegetales.(23)

Por lo anterior es muy importante continuar con un plan de tratamiento instalado para cada paciente iniciando siempre con la realización de ejercicio, dieta estricta y al último la toma de medicamentos, perspectiva del Médico muy distinta al perspectiva del paciente entrando en conflicto cuando el paciente no cumple las expectativas del Médico en ese momento se dice que el paciente no se apegó al tratamiento “término peyorativo que denota el fracaso moral del paciente para comportarse en forma adecuada”, pensando que la recomendación la hace el médico y que se debe de cumplir como experto autorizado, sin embargo debemos como médicos tomar en cuenta los diferentes factores por los cuales no se apegan a la dieta, ya que esto , nos va a llevar a un resultado positivo o negativos del tratamiento.

Aunque no hay información precisa se calcula que la tercera parte de los pacientes siguen las recomendaciones médicas con regularidad, una tercera

parte las sigue con irregularidad y otra tercera parte no las sigue en ningún momento.

El tratamiento nutricional es uno de los pilares fuertes para el manejo de la Diabetes Mellitus sin embargo en la mayoría de los estudios se reportan bajos niveles de adherencia, la cual está dada por la interacción de factores psicológicos, económicos, culturales, medioambientales y conductuales.

En el tratamiento nutricional de la Diabetes Mellitus, la complejidad del régimen, la especificidad requerida y la variabilidad en la precisión con la que se formulan y se comunican las recomendaciones también pueden afectarlas. (21)

En los niños es muy importante cuidar los hábitos alimenticios así como el tipo de alimentación para no fomentar la obesidad y ayudarlos a seguir una rutina de ejercicio en conjunto con la familia, ya que en este momento se inicia la educación para su vida y el cuidado de la salud.

“Anime a toda la familia a desarrollar hábitos de alimentación saludable y actividad física. Beneficia a todos y no aísla al niño con sobrepeso.”

No ponga a su hijo en una dieta para perder peso a menos que un profesional de la salud le diga que lo haga.

Apoye a su hijo

- **Déjele saber que usted lo ama, que para usted es importante y especial.** Con frecuencia lo que sienten o piensan los niños de sí mismos está basado en lo que se imaginan que los padres piensan de ellos.
- **Acéptelo sin importar su peso.** Es más probable que un niño se acepte y tenga autoestima cuando los padres lo aceptan tal como es.
- **Escuche cualquier ansiedad o preocupación que tenga su niño con relación a su peso.** Un niño con problemas de peso generalmente sabe mejor que nadie que tiene un problema. Necesita apoyo, comprensión y aliento de sus padres.

Fomente hábitos de alimentación saludable

- **Compre y sirva más frutas y vegetales (frescos, congelados, enlatados o secos).** Déjele a su hijo escoger cuáles quiere en el mercado. Escoja fruta sin azúcar añadida y vegetales sin sal o grasas añadidas.
- **Para las meriendas, compre menos bebidas con mucha azúcar, como sodas, y menos bocaditos (“snacks”) altos en calorías y en grasas como papitas fritas, galletas y dulces o caramelos.** Puede darles estos productos de vez en cuando, pero siempre mantenga bocaditos saludables a mano y ofrézcalos más a menudo.
- **Asegúrese de que su hijo desayune todos los días.** El desayuno le da la energía que necesita para aprender en la escuela. Si no desayuna, puede sentirse hambriento y cansado, y tal vez busque alimentos menos saludables durante el día.
- **Evite las comidas rápidas.** Cuando visite un restaurante de comida rápida, anime a su familia a que escoja las opciones más saludables, como las ensaladas con aderezo bajo en grasa o sándwiches pequeños sin mayonesa.
- **Ofrézcale a su hijo agua o leche baja en grasa o sin grasa más a menudo en vez de jugo de fruta.** La leche o los productos de leche bajos en grasa son importantes para el desarrollo de su hijo. El jugo de fruta totalmente natural sin azúcar u otros aditivos es saludable, pero tiene muchas calorías y se tiene que tomar en moderación.
- **Limite la cantidad de grasa saturada o grasa *trans* en la dieta de su familia.** Es mejor obtener la mayoría de las grasas de fuentes saludables como el pescado, los aceites vegetales, las nueces y las semillas.
- **Planifique las comidas de forma saludable y procure comer juntos en familia.** Comer juntos ayuda a los niños a aprender a disfrutar de una variedad de alimentos.
- **No se desanime si su hijo no come una comida nueva la primera vez que la sirve.** Algunos niños necesitan que se les sirva una comida nueva unas diez veces antes de que la coman.
- **Intente no usar los alimentos que le gustan como premios cuando esté tratando de que su hijo coma algo saludable.** Por ejemplo, si le promete a su hijo darle un postre rico si come sus vegetales, le está enviando un mensaje de que los vegetales son menos valiosos que el postre. Los niños aprenden a rechazar los alimentos que consideran menos valiosos.
- **Comience con porciones pequeñas y deje que su hijo le pida más si aún tiene hambre.** Es su responsabilidad darle a su hijo alimentos saludables a la hora de las comidas y la merienda, pero déjele a su niño escoger cuánto quiere comer.

- **Esté consciente de que las propagandas para muchos alimentos con alto contenido de azúcar o de grasa están dirigidas a los niños.** Generalmente estos productos están asociados con personajes de los dibujos animados, ofrecen juguetes gratis y vienen en envases coloridos. Converse con su hijo sobre la importancia de las frutas, vegetales, granos enteros y otros alimentos saludables, aun si no los ven anunciados en la televisión o en las tiendas.

FACTORES QUE REDUCEN EL APEGO AL TRATAMIENTO.

1.- FACTORES DEL PACIENTE:

Demográficos: edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico, ingresos, estado civil tipo de atención médica (seguridad social, consulta privada), religión factores culturales, lugar de residencia, prioridades personales.

Enfermedad sintomática por varios años, enfermedad crónica, enfermedad controlable, no curable, la falta de la presencia de complicaciones inmediatas o síntomas al suspender el tratamiento.

Problemas psicológicos de fondo como depresión o cognoscitivos como la demencia.

Que el tratamiento es de por vida, modificaciones excesivas, irreales en los hábitos, costumbres y actividades del paciente.

2.- FACTORES DEL TRATAMIENTO.

Tratamientos crónicos.

Esquemas complicados o confusos.

A nivel particular fármacos muy costosos o con efectos secundarios.

Modificaciones excesivas, irreales en los hábitos, costumbres y actividades del paciente.

3.- FACTORES DE LA ATENCION MÉDICA.

Tiempo de espera prolongado.

Duración breve de la consulta.

Rotación continúa de médicos pasar a consulta a diferentes horarios. (9)

Una cantidad considerable de la literatura informa un alto incumplimiento en las instrucciones en la dieta del paciente diabético, sobre todo cuando se requiere de cambios en el estilo de vida y cuando el resultado es la prevención y no el alivio del síntoma, en este sentido, se hace necesario analizar el apoyo que el sujeto recibe tanto del personal de salud como de su familia para aceptar cumplir con las recomendaciones en tiempo y forma.

En la adherencia al tratamiento nutricional, el nutriólogo establece las indicaciones, a su parecer, puntuales y espera que el paciente mecánicamente

las lleve a cabo, más sin embargo el paciente no mejora y en algunas ocasiones empeora.

El plan alimentario, requiere de una participación activa por parte del paciente considerando, las necesidades energéticas para cada paciente, integrar las condiciones de alimentación a la vida cotidiana, identificación de los alimentos dañinos, fomentar la cultura del autocuidado, los patrones de alimentación no deben ser individuales sino familiares y por lo tanto culturales, por lo que las recomendaciones de la alimentación deben estar dirigidas a toda la familia.

El apoyo social es definido como el conjunto de recursos sociales existentes de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica, existen coincidencia con algunos autores en que los pacientes que tienen apoyo social o familiar adecuado presentan menos problemas para la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce acción protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es mayor apoyo instrumental, afectivo y emocional, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, es lo más eficaz que siente y percibe el individuo frente a los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

El tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus no solo incluye al nutriólogo y al paciente, también incluye a la familia desde la primera cita como principal agente motivador para el paciente, manteniendo un papel activo, dinámico y participativo durante su tratamiento, respetando sus creencias y costumbres, existen evidencias de que un paciente con enfermedad crónica y que recibe apoyo de su familia, presenta más adherencia al tratamiento y menos complicaciones. (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Diabetes Mellitus se caracteriza por niveles altos de glucosa en la sangre, la OMS, señala que es una enfermedad crónica degenerativa debida a que el páncreas no produce insulina (Diabetes Mellitus Tipo 1) suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente (Diabetes Mellitus Tipo 2).

Los países que integran la Organización Mundial de la Salud , entre ellos México, tiene como propósito subrayar la necesidad de la mayor atención médica a los pacientes diabéticos y a los que tienen riesgo de presentarla .

Expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reiterado que la educación del paciente sobre su enfermedad, el tratamiento integral y las complicaciones es la mejor herramienta de control de ésta, al igual que todas las enfermedades crónicas afecta principalmente a personas con menor nivel educativo y escasos recursos económicos, por ello la OPS trabaja con países como Chile, Cuba, Costa Rica y México para comenzar con la formación de educadores sobre diabetes a través de Internet para ayuda de los pacientes,

En México se ha convertido en una de las primeras causas de muerte, con prevalencia de 10% de la población de entre 20 y 64 años de edad.

La frecuencia de la Diabetes Mellitus aumenta dramáticamente, se prevé 333 millones de personas enfermas para el 2025 como consecuencia de una mayor esperanza de vida, un estilo de vida sedentario y el cambio de patrones alimenticios así como la disminución de la tasa de natalidad y la inversión de la pirámide poblacional de la república mexicana.

La mayor parte de las complicaciones pueden retardarse llevando una vida plena y saludable, mediante un buen control de la glucemia incluyendo en primer lugar la dieta estricta, saludable y el apego a la misma, actividad física continua para bajar de peso y mantenerlo, no fumar, y al último medicamento como ayuda del control de la glucemia en caso necesario (5, 6,7).

¿Cuáles son las causas referidas por los pacientes con Diabetes Mellitus para no tener adherencia a una dieta para control de su padecimiento en el UMF IZTAPALAPA 1 ISSSTE?

JUSTIFICACION.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad mundial la cual está en aumento en la población general, presentándose aun en niños y adolescentes en forma ya muy frecuente.

En México tenemos una población de 103 263 388 habitantes ocupamos el lugar 11 de países más poblados del mundo, en el distrito Federal se encuentran 8 720 916 habitantes el 8.44 % de la población en general ocupando el 2º. Lugar más poblado de la república mexicana, en la delegación Iztapalapa se encuentra en el distrito federal con 1 820 888 habitantes corresponde al 1.76 % de la población del distrito federal, es la delegación más poblada del distrito federal.

En México la Diabetes Mellitus ocupa la primera causa de muerte en el sexo femenino, la segunda causa de muerte en el sexo masculino después de la cardiopatía isquémica probablemente producida por la diabetes mellitus, con una mortalidad de aprox. A los 60 años de edad, ocupa la 11ª. Causa de ingreso a hospital de salud, en el ISSSTE ocupa la 2ª lugar de mortalidad hospitalaria, es la 10ª causa de morbilidad y se estima la prevalencia en adultos mayores de 20 años del 12.3% en 2025. (16)

Es importante conocer las causas del no apego a la dieta para detectar causas que dependen directamente del paciente y así dar orientación a los pacientes de su enfermedad, ayudarlos a entender el tratamiento de su enfermedad simplificar el tratamiento para minimizar las complicaciones y tratar de integrar a la familia creando un compromiso cotidiano para el buen control de la glicemia en base al apego de su dieta y así canalizarlos a las diferentes especialidades, o grupos de autoayuda para mejor control de la glucemias y ofrecer mejor calidad de vida para el paciente.

También es importante tomar en cuenta estas causas ya que en los niños se presenta la obesidad por diferentes causas principalmente por el sedentarismo el uso indiscriminado de dieta chatarra por la facilidad de obtenerla así como las actividades de los padres como personas activas económicamente, y los cuales ya no fomentan el ejercicio y la dieta balanceada

Es factible la realización del estudio por contar en la unidad con población diabética en control, se cuenta con población adscrita a un consultorio específico para realizar interrogatorio y aplicación de encuestas al paciente

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas referidas por los pacientes con diabetes mellitus para no tener adherencia a una dieta para control de su padecimiento en la UMF IZTAPALAPA 1 ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar las características sociodemográficas de pacientes diabéticos que acuden a la UMF IZTAPALAPA 1 ISSSTE.

Determinar en los pacientes diabéticos las causas personales que refieren por las que no continúan el tratamiento nutricional.

Determinaremos el sexo predominante en nuestro universo que presenta diabetes mellitus tipo 2.

Se identificara las edades más frecuentes de los pacientes diabéticos que acuden a control a la UMF Iztapalapa 1 del ISSSTE.

Se obtendrá información sobre el estado civil de la población a la que se le aplico la cedula de investigación

Determinaremos el nivel de estudios de la población que padece diabetes mellitus y que acude a control en la UMF Iztapalapa 1 del ISSSTE.

Informará si los pacientes saben que es la diabetes mellitus.

Se valorara si el paciente sabe que la dieta es la base del tratamiento de la diabetes mellitus.

Se identificara quien indico la dieta a seguir en forma personalizada para el paciente diabético.

Se obtendrá información, sobre el conocimiento del tratamiento de la diabetes, en la familia del paciente.

Clasificaremos si sigue con apego su dieta.

Identificaremos si es de su agrado ingerir la dieta que lleva para control de diabetes mellitus, también si le agrega algún alimento a su dieta.

Otorgará información sobre si los fines de semana también continúan con su dieta.

Se identificara cuanto maneja de glicemia frecuentemente.

METODOLOGIA

En esta investigación se realizó un tipo de estudio descriptivo, no intervencionista, observacional, la información que se recolecta durante el trabajo de campo es de origen primario, en base a un método no probabilístico por cuota con técnica de encuesta (cuestionarios o cédulas de entrevista), se aplica un cuestionario de 18 preguntas, elaborado específicamente para este trabajo y fue piloteado y validado para posteriormente llevar a cabo el estudio.

Para la realización de este estudio se tomaron pacientes de la UMF Iztapalapa 1 del ISSSTE, de ambos turnos, se eligieron aleatoriamente, de los pacientes asignados a consulta, durante esas fechas y se les invito a participar.

Las entrevistas fueron contestadas por los mismos pacientes, únicamente fueron aplicadas a pacientes que por sus características físicas podían hacerlo por sí mismos, se excluyeron aquellos que no sabían leer/escribir, o bien que contestaran los familiares del paciente diabético, o los pacientes que no aceptaron contestar la cédula.

Se elaboró cuestionario con preguntas de tipo abierto y cerradas, con una entrevista estructurada, que lleva, una ficha de identificación, que incluye:

- Nombre
- Cédula de expediente
- Dirección
- teléfono
- Lugar de origen
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Con quien vive
- Escolaridad
- Religión
- Ocupación
- ¿Es portador de diabetes mellitus? Si_____ no_____
- ¿Qué tiempo tiene con diabetes?
- ¿Para usted que es la diabetes?
- ¿Sabe las complicaciones de la diabetes? Si_____no_____
- ¿Cuáles son?
- ¿Sabe el tratamiento de la diabetes? Si_____no_____
- ¿Sabe que la base del tratamiento de la diabetes es la dieta estricta? Si_____no_____
- ¿Quién le informo sobre la dieta que debe llevar y que debe ser estricta?
- ¿Usted sigue la dieta al pie de la letra? Si_____no_____
- ¿Por qué?

- ¿Quién se la indico?
- ¿Quién le ayuda a seguir su dieta?
- ¿Los familiares con quien vive, saben que debe de llevar una dieta estricta para control de su enfermedad? Si_____no_____
- ¿Por qué?
- ¿Cuál es el horario de comidas para usted?
- ¿Le gusta lo que come en su dieta? Si_____no_____
- ¿Por qué?
- ¿Le agrega algún otro alimento a su dieta? Si_____no_____
- ¿Cuál?
- ¿Por qué?
- ¿Sabado y domingo también sigue su dieta estricta? Si_____no_____
- ¿Por qué?
- ¿Cuánto maneja de azúcar en la sangre normalmente?

DEFINICION DEL UNIVERSO.

El presente estudio se realiza en la unidad de medicina familiar Iztapalapa 1 del ISSSTE, ubicada en la delegación Iztapalapa en el distrito federal, México en el periodo de noviembre de 2008 a abril de 2009 contando con una población total de 58 802 derechohabientes, tomando a la población portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 con una cantidad de 8 533 pacientes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La fórmula utilizada para el cálculo de la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra en nuestro caso 140

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población en nuestro caso 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. En nuestro caso 90% de confianza equivale a 1,65

e = Límite aceptable de error en la muestra que a mi elección fue del 7%

Se toma una muestra de la población portadora de diabetes mellitus del tipo no probabilística, por conveniencia, por cuota, con un 90% de confianza y un 7% de error, lo cual nos lleva a un total de 140 encuestas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- ❖ Derechohabiente de la UMF IZTAPALAPA 1 ISSSTE.
- ❖ Portador de Diabetes Mellitus tipo 2 comprobada.
- ❖ No importa el tiempo de evolución.
- ❖ Indicaciones del tratamiento nutricional, en base a una dieta personalizada y por escrito,
- ❖ La cedula de investigación será llenada por el paciente.
- ❖ El derechohabiente deberá saber leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ❖ Pacientes no derechohabientes de la UMF IZTAPALAPA1 ISSSTE.
- ❖ Derechohabientes que no son portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 comprobada,
- ❖ Pacientes con diagnostico presuntivo de Diabetes Mellitus.
- ❖ Los pacientes que llevan indicación de tratamiento nutricional para control de peso con riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2,
- ❖ Paciente que no sabe leer y escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- ❖ Contestaron la cedula de investigación, no presentando diabetes mellitus tipo2 comprobada.
- ❖ Pacientes que no son derechohabientes de la UMF IZTAPALA 1 ISSSTE y que contestaron la cedula de entrevista,
- ❖ No contestaron completa la cedula de investigación.
- ❖ Con letra ilegible.
- ❖ La cedula de investigación deberá llevar respuestas, de acorde a la pregunta.

DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
SEXO O GENERO	características genotípicas y fenotípicas de acuerdo a condición femenina o masculina	designados como masculino o femenino	masculino o femenino	cualitativa dicotómica nominal
EDAD	lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	edad arriba de 30 años	años , meses y días	cuantitativa con un nivel de intervalo
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil	Status social en el momento del estudio	Soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.	cualitativa nominal
ESCOLARIDAD	etapa en la que se divide el nivel educativo	nivel educativo máximo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2	primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura	cualitativa nominal
RELIGION	creencias y práctica religiosa en cada persona	práctica religiosa que influye en el tratamiento de la diabetes mellitus	católica, evangelista, mormona, cristiana, evangelista	cualitativa nominal
OCUPACION	actividad que desempeña la persona dentro de una sociedad	nivel ocupacional que influye en el horario y dieta del paciente diabético	empleado, obrero, comerciante, albañil, ama de casa, particular	cualitativa nominal ordinal de intervalo
DIABETES MELLITUS	enfermedad crónica degenerativa	Elevación de las cifras de glucosa sangre	Prediabetes, diabetes	Cuantitativa continua

DIETA	Regulación en cantidad y tipo de alimentos que se ingieren diario	Realizando cambios de los hábitos alimenticios en forma paulatina y constante	Implementar el consumo de alimentos ricos en fibra, bajos en grasa saturada y azúcares refinados	Cuantitativa continua
GLICEMIA	Cantidad de glucosa en sangre	Detectar las cifras en ayuno, sangre venosa y postprandial	Detectar la glicemia fuera de rango 80 mgrs a 110 mgrs.	Cuantitativa continua
CAUSAS DE MAL APEGO	Motivos que el paciente refiere como barrera para no llevar el tratamiento farmacológico		Las referidas por el paciente	Cualitativa Nominal

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN;

Se aplicara la cedula diseñada para este estudio la cual se aplicó una prueba piloto de 25 cedulas y que se determinó que las preguntas fueron entendidas por lo que no requirió ninguna modificación.

En las cedulas de manera aleatoria, las aplico el investigador con el paciente de tal manera, que responden a todas las preguntas, escribiendo ellos mismos la respuesta, la información se valorara por medios estadísticos de tendencia central, moda, mediana y media.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADO.

El presente estudio se realizó en la UMF IZTAPALAPA 1 ISSSTE, aplicando cedula de investigación, a pacientes que acuden a la consulta externa de la unidad, la cedula, fue llenada por el mismo paciente diabético en control, que sabe leer y escribir, de forma aleatoria dentro de la población total de la UMF IZTAPALAPA 1, en donde se obtiene diversa información, por ejemplo, que el sexo predominante en la población a la cual se aplicó cedula, es el femenino, en un 64%, con estado civil casado en un 66%, edad más frecuente de 60 – 69 años con un 41%, con un nivel de estudios predominante de primaria con un 41%.

Se obtuvo información en cuanto a la Diabetes Mellitus tipo 2, por ejemplo, el tiempo de evolución, con un 35% de 6 – 10 años, refieren conocer las complicaciones, Si 90% No 10%, algunas personas mencionan otras complicaciones que no son de la Diabetes Mellitus, esto por falta de información, refieren saber el tratamiento Si 80% No 2%, refieren saber el tratamiento, refieren que la dieta es la base del tratamiento y control de la Diabetes Mellitus, sin embargo no todos siguen la dieta probablemente, por no ser conscientes de las complicaciones.

Con la cedula de investigación se obtuvo resultados, sobre si lleva la dieta estricta con, No 58% y Si 42%, de estos últimos el 23% no agrega otro alimento a su dieta y el 19% si agrega otro alimento a su dieta, las razones por las que siguen la dieta, es No 58% y Si 42%, en estos últimos refieren, que siguen la dieta en primer lugar por salud, en segundo lugar porque se sienten bien y por ultimo para controlar la Diabetes Mellitus, las razones por las que no siguen apegos a la dieta es por falta de recursos económicos o bien por diversas causas,

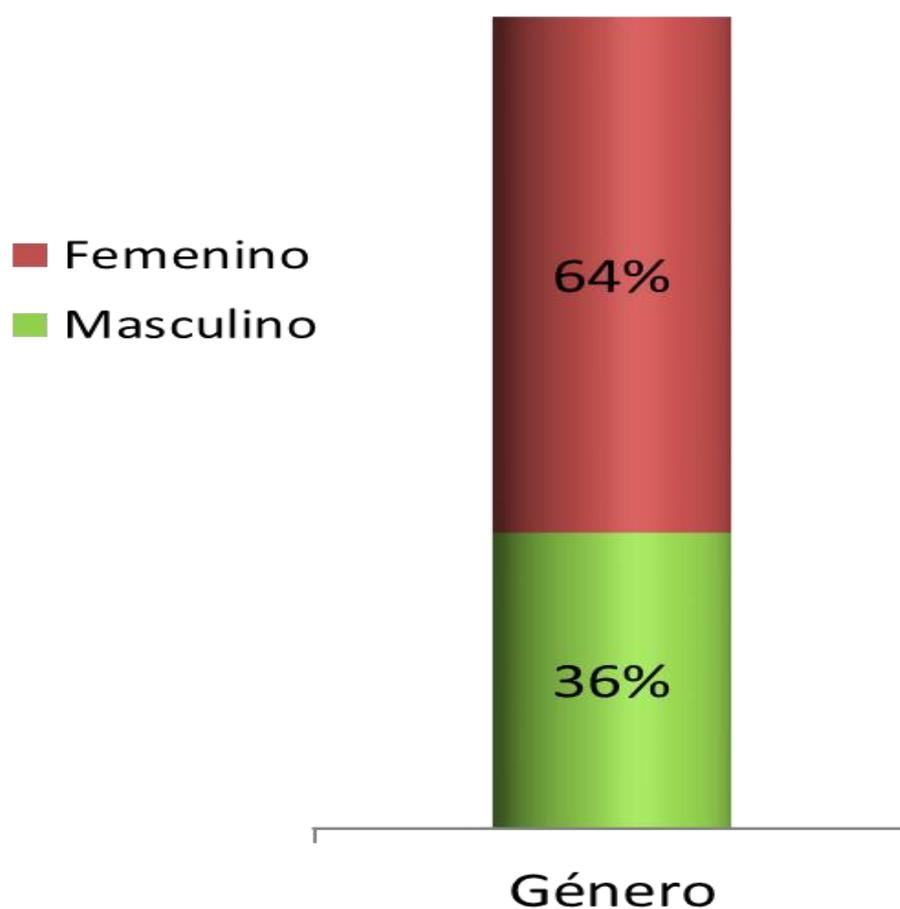
Es importante saber si la dieta está indicada por profesionales de la salud y los resultados de la información fueron, No 58% y Si 42% de estos últimos el 16% la indico el nutriólogo, el 18 % médico y nutriólogo y el 8% nadie, solo sigue dieta libre de azúcares.

En cuanto al control de la glicemia con apego a la dieta, se encontró que el 58% de los pacientes No sigue dieta de los cuales el 14% mantiene glicemia entre 151 mgrs. a 199 mgrs. y el 42% si sigue la dieta, en estos pacientes, el 22% mantiene cifras de 111mgrs. a 150 mgrs.

LA INFORMACION SE PRESENTARA EN CUADROS Y GRAFICAS

Características de los entrevistados

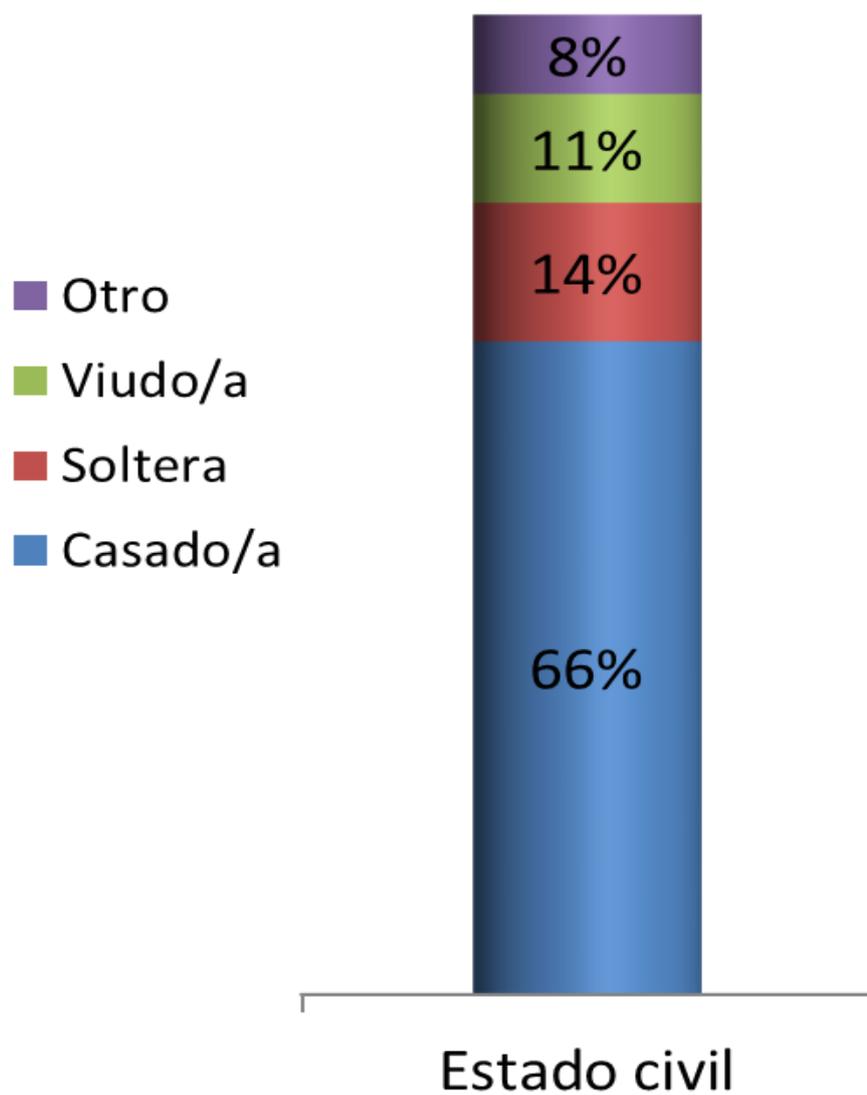
CLASIFICACIÓN POR GÉNERO.



Se observa en esta grafica que predomina el sexo femenino.

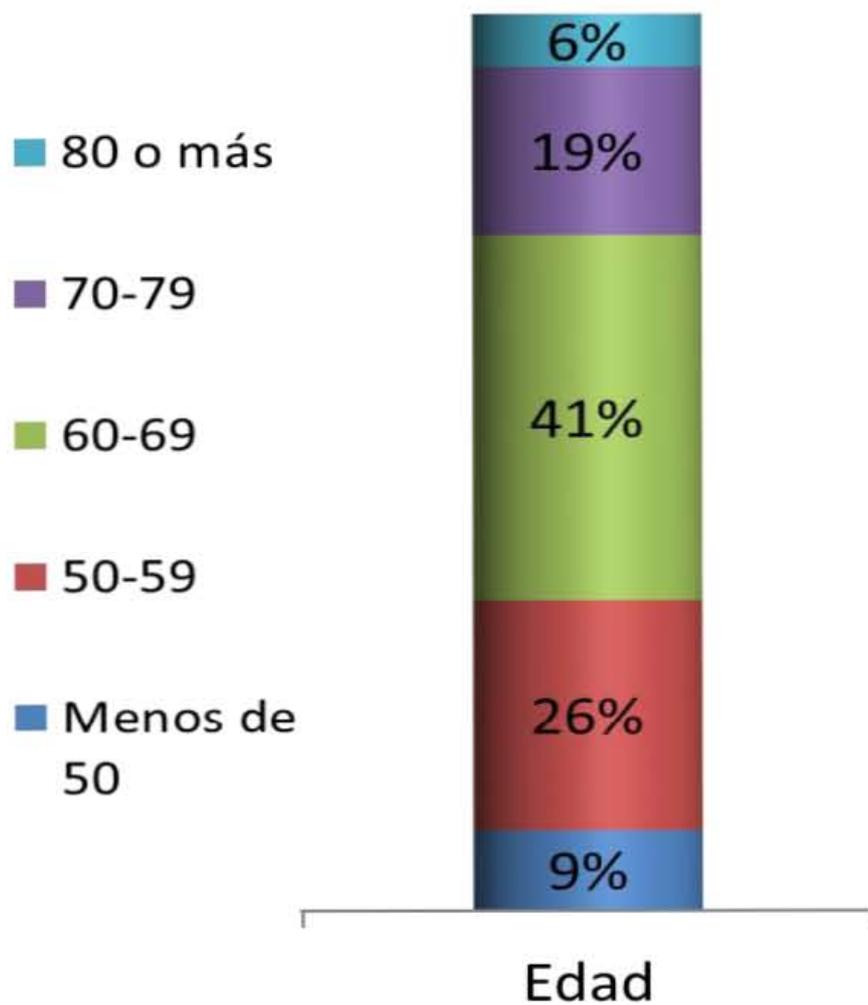
Fuente: Cedula de investigación.

CLASIFICACIÓN POR ESTADO CIVIL.



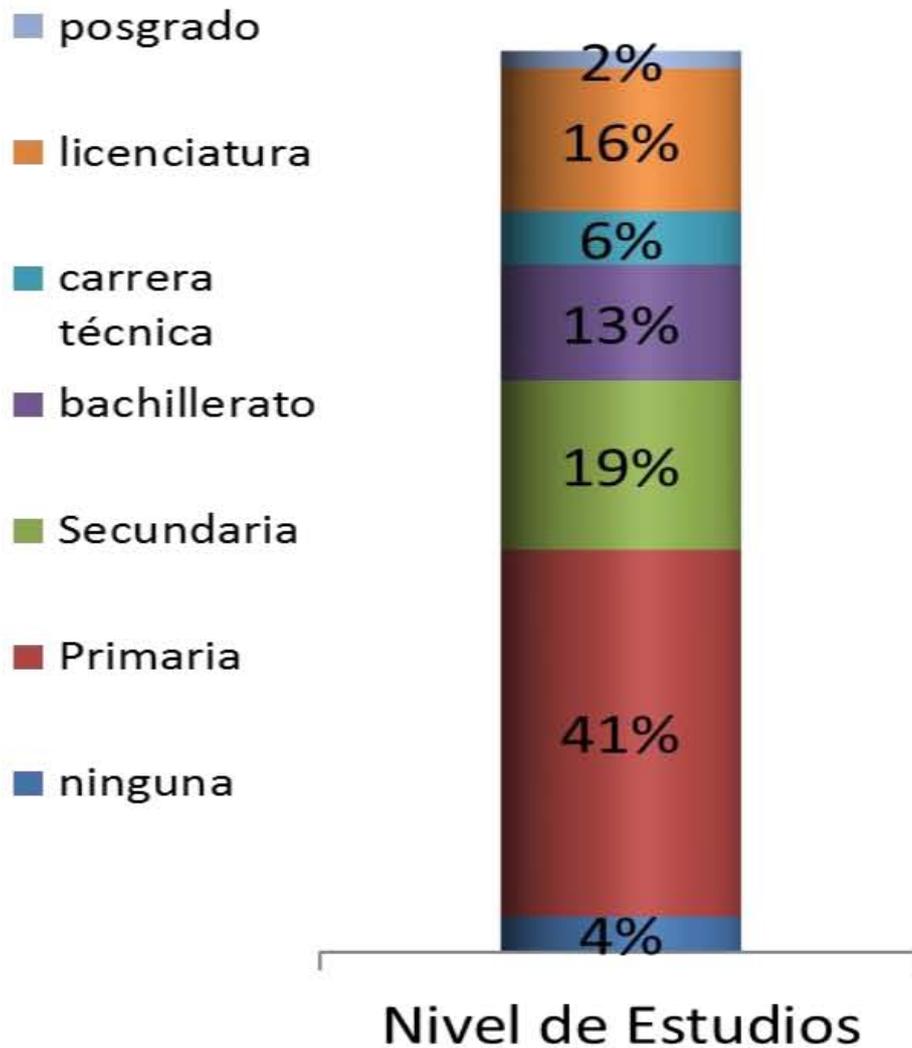
Se observa que el estado civil predominante es casado.
Fuente: Cedula de investigación.

CLASIFICACIÓN POR EDAD.



En esta grafica se observa que predomina la edad entre 60 – 69 años.
Fuente: Cedula de investigación.

CLASIFICACIÓN POR GRADO DE ESTUDIOS.



En esta grafica se observa que la primaria es el nivel predominante.
Fuente: Cedula de investigación.

CLASIFICACIÓN POR TIEMPO DE PRESENTAR DIABETES MELLITUS.

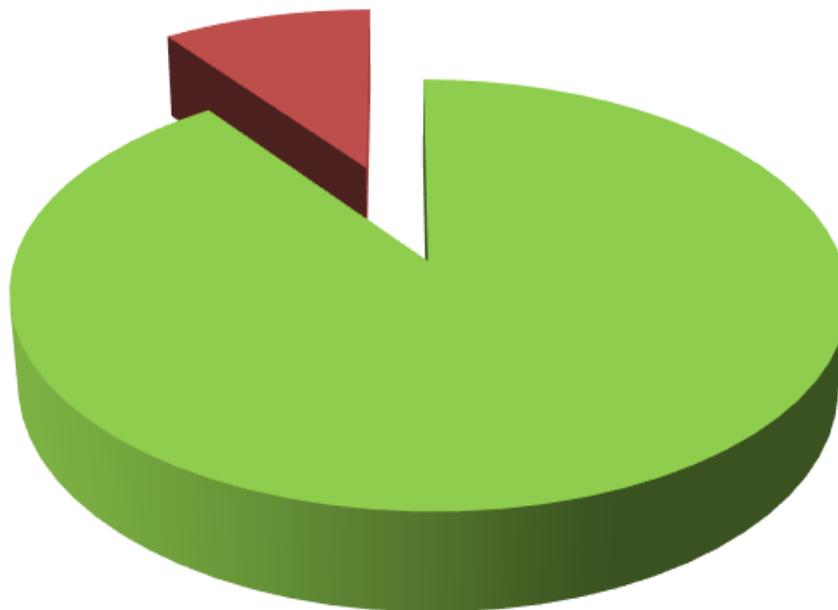


El tiempo predominante es de 6 – 10 años con Diabetes Mellitus.
Fuente: Cedula de investigación.

CLASIFICACIÓN POR PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES.

Conoce las complicaciones

■ SI ■ No

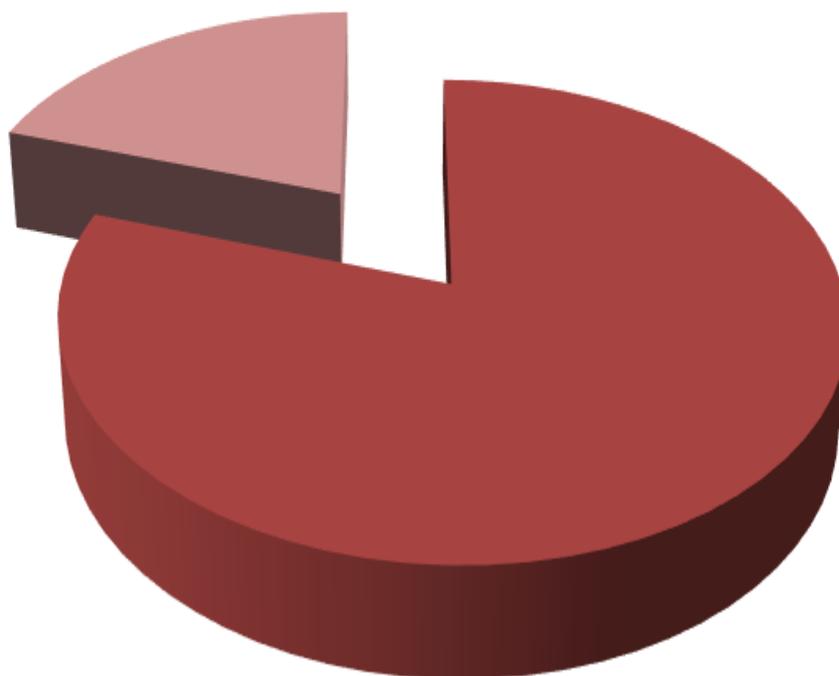


El 90% de los entrevistados declara conocer las complicaciones de la diabetes.
Fuente: Cedula de investigación

CLASIFICACIÓN POR CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO.

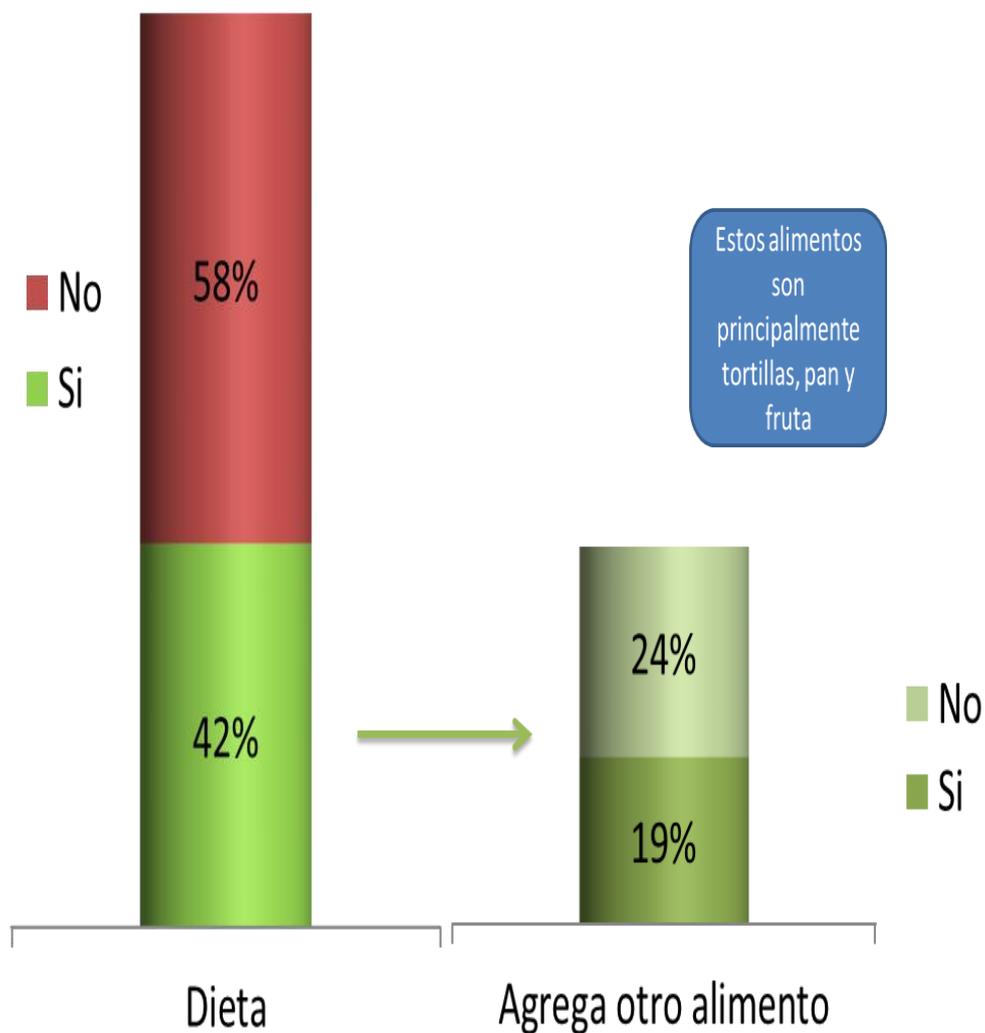
Sabe cuál es el tratamiento

■ SI ■ No



El 80% de los entrevistados declara saber cuál es el tratamiento.
Fuente: Cedula de investigación.

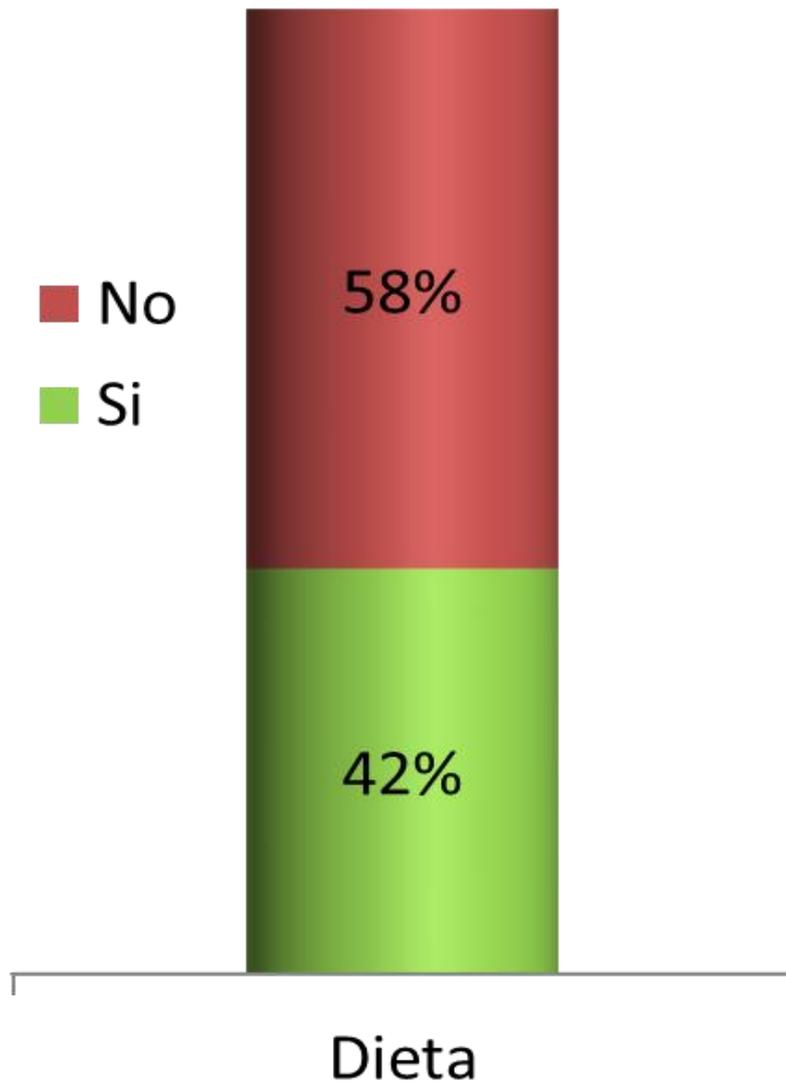
ANÁLISIS DEL PORCENTAJE QUE SI LLEVA LA DIETA.



De las 140 entrevistas realizadas se encontró que más de la mitad 58% declaran no seguir su dieta.

Fuente: cedula de investigación

RAZONES POR LAS QUE SE SIGUE APEGO A LA DIETA.



De los que siguen la dieta las razones principales son: Por salud y para controlar su diabetes.

Fuente: Cedula de investigación.

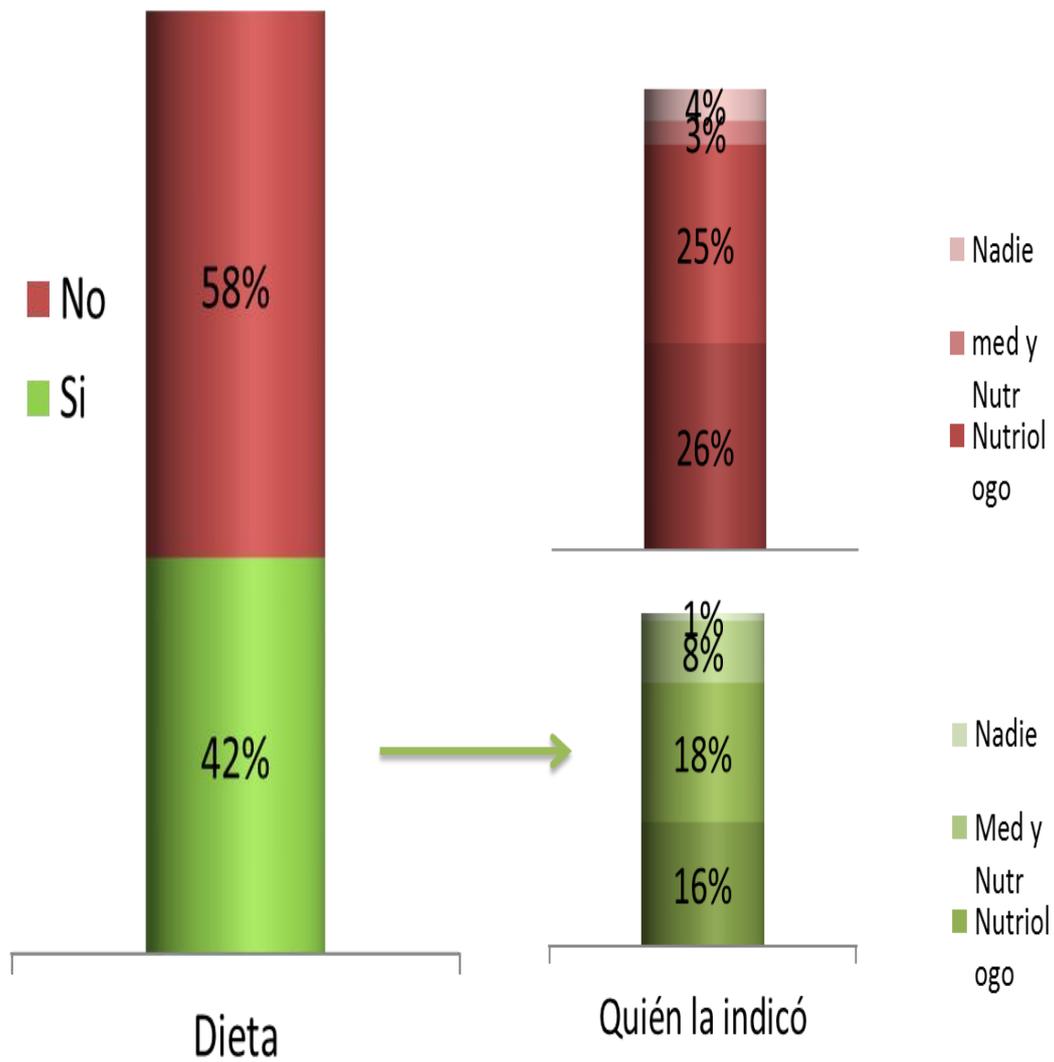
LAS RAZONES PRINCIPALES POR LAS QUE NO SIGUEN LA DIETA SON:

Razón	Conteo
antojo	2 personas
complicada	7 personas
fuera	3 personas
gusto	3 personas
habito/voluntad	6 personas
hambre	4 personas
información	3 personas
no sabe	1 personas
otros	20 personas
recursos	11 personas
tiempo	8 personas
trabajo	12 personas

Las razones por las que no siguen apego a su dieta son por falta de recursos económicos y otros motivos.

Fuente: Cedula de investigación

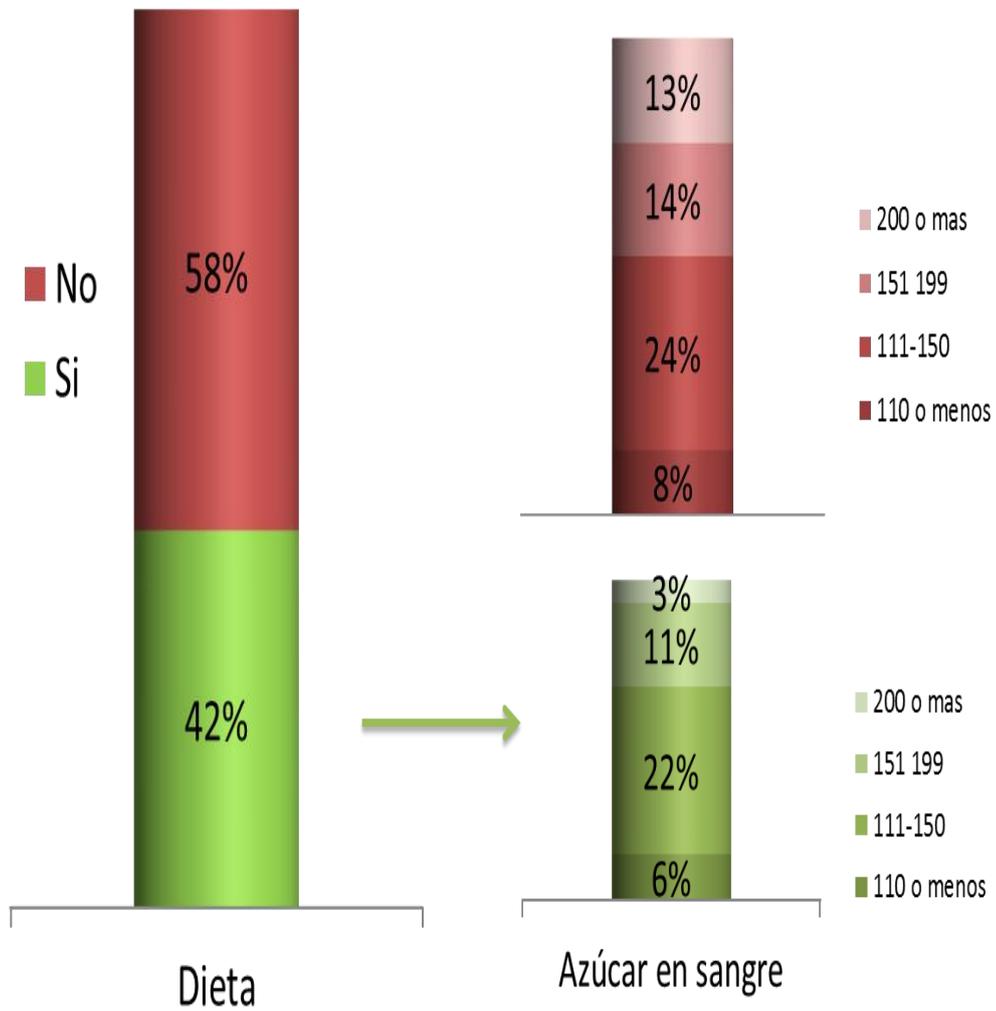
INDICACIÓN DE LA DIETA POR PERSONAL MÉDICO.



Aproximadamente la mitad son dictadas por los médicos y la otra mitad por nutriólogos.

Fuente: Cedula de investigación.

CONTROL DE LA GLICEMIA CON APEGO A LA DIETA.



De aquellos que siguen la dieta un 14% se encuentran con glicemia normal.
Fuente: Cedula de investigación.

ANALISIS O DISCUSION.

Los resultados obtenidos en este estudio nos demuestra que la mayoría de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo2, tienen información sobre la Diabetes Mellitus, así, como la evolución, las complicaciones y tratamiento de la misma, así también que el tratamiento básico es la continuidad de la dieta estricta, para el buen control de la glicemia, aun así, mencionan factores por lo que no pueden seguir la dieta con apego estricto, aumentando alimentos extras, no permitidos dentro de su alimentación, no sigue dieta en fines de semana por condiciones de estar con la familia, o porque se dan un descanso dentro de su tratamiento.

El autor Apolinar Membrillo, en su libro, Familia, Introducción al estudio de sus elementos, menciona que la familia es el eje fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad, sus creencias, sus valores y mitos ,estos determinaran la conducta familiar, misma que puede ser transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país y del mundo, el resultado de la cedula de investigación es que la condición de estado civil es casados o que viven con los hijos, condición que no ayuda al seguimiento de su dieta para control de su glicemia, por lo que los lleva a seguir dieta con alimentos no permitidos en los fines de semana, así como, la presencia de complicaciones de la Diabetes Mellitus.

Dentro de las instituciones se encuentran programas institucionales, grupos de autoayuda para control de enfermedades crónico degenerativas, en donde no aceptan participar los pacientes diabéticos, el grado de estudios prevalente es de Primaria, con edades de 50 a 59 años, por lo que limitan el conocimiento de las complicaciones, refieren que si las conocen y se apegan a la dieta por salud, porque se sienten bien, o para control de la enfermedad.

El diario oficial, refiere la Diabetes Mellitus al padecimiento metabólico crónico, incurable pero controlable, a base de dieta y ejercicio de 150 min por semana, para prevenir la obesidad como factor predisponente, con la aplicación de la cedula de investigación se obtienen múltiples causas por las que no hay apego a la dieta, llama la atención, que la segunda causa de no apego a la dieta es la falta de recursos económicos.

En la revista Investigación y desarrollo, los autores del estudio en pacientes diabéticos, que se llevó a cabo en una unidad de medicina familiar llegan a la conclusión de que el grado de escolaridad predominante es la primaria así como el abandono de la dieta es factor importante para la presencia de las complicaciones más frecuentes como insuficiencia renal, infartos al miocardio o

cerebrovasculares o bien el pie diabético llegando hasta la amputación, aumentando en los costos económicos, ya que más de 10 % de ingresos hospitalarios se deben a esa causa .(19)

En la Revista ,Salud Pública en el estudio de Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad llegan a la conclusión de que la Diabetes Mellitus se presenta en pacientes arriba de 55 años de edad , las principales causas de desapego al tratamiento farmacológico y/o a la dieta indicados fueron por olvido, insistencia de ingerir alimentos restringidos “antojo” y a la decisión propia de no someterse a esta, lo que concuerda con otros estudios, en donde se menciona que el estilo de vida y el tiempo del que dispone la persona son factores que comprometen la constancia del paciente en el apego al tratamiento y dieta.(20)

En el estudio identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en Diabetes Mellitus realizado en Colombia indica que la adherencia de las personas al tratamiento dietético fue baja y no tuvo una relación significativa con los conocimientos, las actitudes o las prácticas. (21)

CONCLUSIONES

El sexo femenino es el predominante en las cédulas de investigación aplicadas, estado civil casados, predominando la escolaridad, primaria, principalmente dedicadas al hogar, y en convivencia con algún familiar, pero no necesariamente saben el tratamiento de la diabetes mellitus, o no son el apoyo para que el paciente diabético continúe con su dieta estricta, predomina la edad entre 60 a 69 años, con un tiempo aproximado de 6 a 10 años de evolución de la enfermedad.

El 90% de los entrevistados declara conocer las complicaciones de la diabetes mellitus, aunque realmente solo conocen algunas complicaciones.

El 80% declara saber cuál es el tratamiento, y esos mismos declaran que sí saben que la dieta es la base del tratamiento, sin embargo, no todos siguen la dieta, muy probablemente porque no son conscientes de las complicaciones.

De las 140 entrevistas realizadas se encontró que más de la mitad, el 58%, declaran no seguir la dieta, el 42% declara que sí sigue la dieta, el 19% declara agregar otros alimentos que están fuera de la dieta, por lo que realmente solo un 24% de los entrevistados sí siguen la dieta.

Del 58% que no sigue dieta, el 25% le fue indicada la dieta por nutriólogo y médico, el 26% la indicó el nutriólogo, el 3% lleva dieta empírica y el 4% no está indicada la dieta por nadie.

Del 42% que sí sigue la dieta el 18% la indica el nutriólogo y el médico, el 16% la indica el nutriólogo, el 8% lleva dieta empírica y el 1% nadie la ha indicado.

Se observa que de los que siguen la dieta, las razones principales son por salud, porque se sienten bien y para controlar la diabetes mellitus.

Al realizar el presente estudio se puede concluir, que son diferentes y varias las causas por las que no siguen con apego la dieta para llegar a un control adecuado de la glicemia, resaltando, el horario de su trabajo, por lo que no pueden llevar un horario para tomar sus alimentos y la falta de recursos económicos para adquirir alimentos adecuados, se observa que sienten que es complicada llevar la dieta, por falta de hábitos y voluntad para seguir la dieta, así mismo, rompen la dieta por hambre, por no gustarle la dieta, porque están fuera de casa, porque se les antoja otro alimento, por estar con la familia los fines de semana, además, refieren que es una dieta que se les impone, aunque la han seguido, argumentan poner más ingredientes en la dieta como pan o tortilla para "Complementar" la dieta.

Se puede observar además que como es esperado aquellos que siguen la dieta si tiene mejores niveles de azúcar a diferencia de aquellos que no siguen la dieta, así, tenemos que de aquellos que no siguen la dieta, el 14% se encuentran por arriba de 150 mgrs de glicemia, mientras que los que siguen su dieta el 22% tienen cifras de 150 mgrs como máximo.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DRA. TERESA ESCARCEGA MORALES

México D. F. a de de 2019.

El que suscribe Sr. (a) _____ declaro libre y voluntariamente aceptar participar en el estudio “CAUSAS REFERIDAS POR LOS PACIENTES DIABETICOS PARA LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DIETETICO” que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en conocer la información referida por los pacientes mediante la aplicación de una entrevista que se realizara dentro de las instalaciones de la unidad en el horario que se presenta a consulta.

Entiendo que de dicha entrevista se cumplirá el objetivo mencionado, derivando el siguiente beneficio obtener información, útil que permita mejorar la atención medica continua y orientar a los pacientes para obtener una mejor calidad de vida.

Así mismo, reconozco que me han sido explicado en forma amplia, comprensible y a plena satisfacción los pasos a seguir para el llenado de dicha entrevista.

**CONFIDENCIALIDAD
POSIBILIDAD DE DEJAR EL ESTUDIO**

PACIENTE:

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

NOMBRE: _____

CEDULA: _____ **DIRECCION:** _____
TELEFONO: _____ **LUGAR DE ORIGEN:** _____
SEXO: _____ **EDAD:** _____
ESTADO CIVIL: _____ **CON QUIEN VIVE:** _____
ESCOLARIDAD: _____ **RELIGION:** _____
OCUPACION: _____ **HORARIO:** _____

1.- ¿Usted tiene diabetes? Sí _____ No _____
2.- ¿Qué tiempo tiene con diabetes? _____
3.- ¿Para usted que es la diabetes? _____

4.- ¿Sabe las complicaciones de la diabetes? Sí _____ No _____
5.- ¿Cuáles son? _____

6.- ¿Sabe el tratamiento de la diabetes? Sí _____ No _____
7.- ¿Sabe que la base del tratamiento de la diabetes es la dieta?
Sí _____ No _____
8.- ¿Le informaron sobre la dieta que debe llevar? _____

9.- ¿Usted sigue la dieta al pie de la letra? Sí _____ No _____
¿Porque? _____

10.- ¿Quién se la indico? _____

11.- ¿Quién le ayuda a cumplir la dieta? _____

12.- ¿Los familiares con los que vive saben que debe llevar una dieta estricta para el control de su enfermedad? Sí _____ No _____ -
¿Por qué? _____

13.- ¿Cuál es el horario de comidas para usted? _____

14.- ¿Le gusta lo que come en su dieta? Sí _____ No _____

15.- ¿Por qué? _____

16.- ¿Le agrega algún otro alimento a su dieta? Sí _____
No _____

¿Cuál? _____

¿Por qué? _____

17.- ¿Sábado y domingo también sigue su dieta estricta? Sí _____ No _____
¿Por qué? _____

18.- ¿Cuánto maneja de azúcar en la sangre normalmente? _____

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- HARRISON. (2009). Diabetes mellitus. En Medicina Interna (657-680 2275-2304). México D.F: Mc Graw Hill.
- 2.- American Diabetes Association. (2009). Prevalencia de diabetes y Prediabetes. octubre 15,2009, de American Diabetes Association Sitio web: <http://www.diabetes.org/español/prevencion-diabetes/como-saber-pre-diabetes.ssp>
- 3.- American Diabetes Association. (2008). Criterios Diagnósticos. marzo08, 2008, de American Diabetes Association Sitio web: <http://www.diabetes.org/español/prevencion-diabetes/como-saber-pre-diabetes.ssp>
- 4.- Secretaria De Salud. (2007). Ya revisaste tus niveles de Azúcar. enero10.2008, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://portal.salud.gob.mx/2007>
- 5.- Secretaria de Salud. (2006). El pie y la Diabetes. Gaceta de Salud, II, 198-213.
- 6.- Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. (2009). Conoce tu salud. 2011, de Secretaria de Salud Sitio web: portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/oficialia_mayor/.html
- 7.- Secretaria de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana. septiembre26,2010, de Secretaria de Salud Sitio web: dof.gob.mx/nota_detalle.php?contigo=516807&fecha=23/11/2010
- 8.- Secretaria de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana. Mayo20,2010, de Secretaria de Salud Sitio web: dof.gob.mx/nota_detalle.php?contigo=516807&fecha=23/11/2010
- 9.- Secretaria de Salud. (2008). Alimentación Introducción. junio21,2011, de Secretaria de Salud Sitio web: <http://www.diabetesjuvenil.com/documentos-html/dj-alimentaciónrecetas-5.asp>
- 10.- Wikipedia. (2008). Historia de la Medicina. 2009, de Wikipedia Sitio web: http://es.wikipedia.org/wiki/historia_de_la_medicina
- 11.- Wikipedia. (2008). Historia de la Medicina. 2009, de Wikipedia Sitio web: http://es.wikipedia.org/wiki/historia_de_la_medicina

- 12.- Domínguez Del Olmo I.. (2003). La Medicina Familiar en México y en el Mundo M. Arch. Med. Fam., 5(4), 61-64. 2010, De Facultad de Medicina UNAM Base de datos.
- 13.- Apolinar Membrillo Luna. (2008). familia introducción al estudio de sus elementos. México, D. F.: ETM.
- 14.- NARRO ROBLES J. (1998). "La Salud en México Testimonios". México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- 15.- ISSSTE. (2011). PREVENISSSTE. 2011, de ISSSTE Sitio web: <http://www.issste.gob.mx/aconseja/diabetes,htm/>.
- 16.- Marion J. Franz. (2008). Lo que usted debe saber sobre la alimentación y la diabetes. EE. UU.: NIDDK.
- 17.- CDC. (2012). Obesidad en niños. Agosto 27, 2012, de CDC usa gov Sitio web: <http://www.cdc.gov/spanish/verb/obesidad.htm>
- 18.- CDC. (2012). Como ayudara su hijo a controlar el exceso de peso. Agosto 27, 2012, de CDC USA GOV Sitio web: http://win.niddk.nih.gov/publications/hijo_exceso_de_peso.htm
- 19.- UNAM. (2013). ADVIERTE ESTUDIO INCREMENTO DE RIESGO EN DIABÉTICOS QUE ABANDONAN TRATAMIENTO. 16-SEPTIEMBRE-2015, de COORDINACION DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO UNAM Sitio web: invdes.com.mx/salud-mobil/3486-advierte-estudio-incremento-de-riesgo-en-diabeticos-que-abandonan-tratamiento
- 20.- María G. De La Cruz-Maldonado. (2013). Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. Septiembre, 16 2015, de Rev. Salud Publica Sitio web: www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a14.pdf
- 21.- Lancheros Páez L, Pava Cárdenas A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Practicas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la asociación Colombiana de Diabetes. Septiembre, 16 2015, de Asociación Colombiana de Diabetes Sitio web: www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v28n133/v28n133a03.pdf
- 22.- Pedro González-Castro. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). 16

septiembre 2015, de Universidad de Guadalajara Sitio web:
www.medigraphic.com/pdf/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf

23.- Institutos Nacionales de la salud E.E.U.U.. (2013). Planificación de las comidas para la diabetes tipo 2 . 09, septiembre 2015, de Biblioteca Nacional de Medicina de los E.E.U.U. Sitio web:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007429.htm

24.- Marangely Sandvik. (2015). 10 alimentos buenos para la diabetes. 07, septiembre 2015, de About.com Sitio web:
<http://ladiabetes.about.com/od/AlimentaciOn-y-diabetes/tp/10-Alimentos-Buenos-Para-La-Diabetes.htm>

25.- Dra. Pilar Martín Escudero. (2006). Recomendaciones de ejercicio para los pacientes diabeticos. 07, septiembre 2015, de Grupo Menarini España Sitio web:
www.menarini.es/profesionales-de-la-salud.html?catid=0&id=3259