



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

CAAPS GAVIOTAS.

TITULO:

**EDUCACION TERAPEUTICA SOBRE DIABETES MELLITUS EN UNA
POBLACION DE LA COLONIA GAVIOTAS, MUNICIPIO DEL CENTRO,
TABASCO, MÉXICO.**

**MEDICO RESIDENTE MED. FAMILIAR. DR. MANUEL ANTONIO PEDRERO
HERNANDEZ.**

**ASESORES:
DRA. REGINA AURIA LOPEZ PEREZ
DRA EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ.**

VILLAHERMOSA TABASCO.

OCTUBRE 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“EDUCACIÓN TERAPÉUTICA SOBRE DIABETES MELLITUS
EN UNA POBLACIÓN DE LA COLONIA GAVIOTAS,
MUNICIPIO DEL CENTRO, TABASCO, MÉX.”**

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

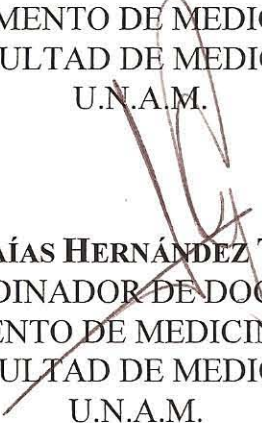
PRESENTA:

Dr. Manuel Antonio Pedrero Hernández

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

EDUCACION TERAPEUTICA SOBRE DIABETES MELLITUS EN UNA POBLACION
DE LA COLONIA GAVIOTAS, MUNICIPIO DEL CENTRO, TABASCO, MEXICO.

Trabajo para obtener el diploma de especialidad en medicina familiar.

Presenta:

Dr. Manuel Antonio Pedrero Hernández

Autorizaciones:

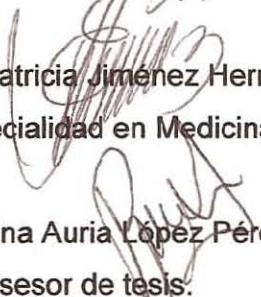

Dr. Luis Felipe Graham Zapata

Secretario de Salud en el Estado de Tabasco


Dr. Drusso López Estrada

Coordinador de la Especialidad en medicina familiar para Médicos Generales en
Tabasco.


Dra. Emma Patricia Jiménez Hernández
Tutor de la Especialidad en Medicina Familiar


Dra. Regina Auria López Pérez.
Asesor de tesis.

Villahermosa Tabasco a 18 de Enero del 2007

AGRADECIMIENTOS:

A MI BISABUELO:

DR. JOSE MARIA ROSAS BLENGIO

POR SUS GENES.

A MI ABUELA:

PROFRA: GUADALUPE HERNANDEZ ROSAS

POR SER UNA PERSONA EXTRAORDINARIA CUYA HUELLA PERMANECE AUN

EN TODOS SUS DESCENDIENTES

A MIS PADRES:

ANGEL Y ROSA MARIA

A MIS HERMANOS:

RAFAEL. MARIA MAGDALENA, BEATRIZ ELENA, ROSA MARIA Y NYRA LUZ

A MIS SOBRINOS:

ANA MARIA, BEATRIZ DONAJI, FERNANDO, ANGEL MARIO, VIVIANA FARIDE,

MARIO FERNANDO, DONAJI, ISAAC

A MI TUTORA:

DRA. EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ. POR SU GUIA, SU PACIENCIA Y

POR SU ENORME AFECTO.

A MI PRIMA:

DRA. BEATRIZ DE LOS ANGELES PEDRERO VILLAFUERTE

POR SU APOYO Y SU AMOR

AL DR JUAN MIGUEL HECHEM CARDENAS

POR SU AMISTAD Y APOYO

A MIS COMPAÑEROS:

ALICIA, DELFINA, DOMENICA, GABRIEL, ULISES

AL CLUB DE DIABETICOS DEL CAAPS GAVIOTAS

INDICE

Portada
Autorizaciones
Agradecimientos y dedicatoria
Introducción
Resumen
Planteamiento del problema
Antecedentes
Marco teórico
Clasificación
Factores modificables y no modificables
Medidas de prevención
Prevención primaria
Prevención secundaria
Prevención terciaria
Objetivo general
Objetivo específico
Justificación
Metodología
Tipo de estudio
Universo de estudio
Criterios de inclusión
Criterios de exclusión
Operalización de variables
Sistema de captación de la información
Medición de las variables
Diseño de intervención
Consideraciones éticas
Resultados
Discusión
Conclusiones
Recomendaciones
Anexos
Bibliografía

Palabras clave: educación terapéutica, grupo diabéticos, cambios estilo de vida, mejor control.

INTRODUCCION.

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa, más frecuente en todo el mundo, de acuerdo su alta morbilidad y mortalidad lo cual constituye un problema de salud pública.

El seguimiento a largo plazo de los enfermos crónicos requiere un abordaje integrador con un enfoque médico social que permita a los proveedores de salud a sobrepasar la visión biológica y la actualización clínica para buscar métodos y técnicas que, junto al control del trastorno fisiológico, ayuden a estas personas diabéticas a reflexionar sobre lo que es mejora para su salud y como aprenderlo, a partir de la experiencia diaria. Lo primero es centrar la acción en el hombre y no en la enfermedad o en el funcionamiento fisiológico del órgano dañado. Lo segundo es no suplir el papel activo y responsable que cada persona debe tener ante el desarrollo de su estado de salud. Lo tercero, buscar métodos que desarrollen la capacidad individual para afrontar el cuidado diario y tomar decisiones adecuadas. No hay duda que, hasta hoy, el médico familiar esta mejor formado para seleccionar un buen plan terapéutica que para desarrollar con eficacia un programa de educación terapéutica, no es tratar de curar una enfermedad sino de enseñar a la persona como con determinada enfermedad a cuidarse.¹

Este trabajo se refiere a la experiencia de un grupo de autoayuda de diabetes en el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Gaviotas, durante dos años, donde se determinar los logros de autocuidado, después de una educación terapéutica.

EDUCACION TERAPEUTICA EN PERSONAS DIABETICAS, CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD GAVIOTAS, CENTRO TAB. MÉX.

RESUMEN:

Determinar los logros de autocuidado obtenidos de las personas diabéticas que acuden a un grupo de autoayuda después de una educación terapéutica, en el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Gaviotas. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, en un periodo de dos años, el universo de 182 personas diabéticas se adiestraron un total a 50 diabéticos que acudieron regularmente a su atención. Las características sociodemográficas fundamentales del grupo estudiado se pueden observar: 76% eran del sexo femenino, predominando el grupo etáreo de 59 a 68 años. Nivel educativo del grupo es bajo ya que el 80% de las personas del mismo no terminaron la primaria, o son analfabetas, ocupación las labores del hogar. El promedio de duración en años fue de 6.5 años, con una desviación estándar de 4.6. Automonitoreo o autochequeo, el 62% de las personas, refirió no practicarlas 60% ingieren dieta adecuada, el 88% de las personas diabéticas refirieron consumir productos lácteos. El 96 % consumen frutas y verduras, y el 98% refirieron consumir legumbres, carnes y pescado. El 86% refiere ingesta de alimentos tres veces al día. Realizaban actividades físicas de forma regular: el 22% de 5 o más veces por semana, El 100% tiene sus hábitos higiénicos en el cuidado de los pies de forma adecuada, aplican lubricante en un 74%. El 40% presenta glucosa capilar por arriba de 126 mg./dl en los últimos 6 meses. El tratamiento administrado en estas personas el 38% se manejaban con dieta únicamente, con insulina un 4%, referente a la presión arterial se considero controlado en cifras menores o iguales a 140/90 encontramos el 90% y no controlado con cifras por arriba de 140/90 correspondiendo a un 10%. Las personas diabéticas estudiadas después de la educación terapéutica, se les evaluó el grado de conocimiento sobre su padecimiento y de acuerdo a su puntaje de respuestas pudimos evaluarlos en excelente un 6%, regular el 70%, bueno un 20% y deficiente

un 4%. Las personas del grupo que integran el “Club de Diabéticos” del Centro de Salud Gaviotas tiene un nivel bajo desde el punto de vista económico, educacional, y cultural, lo cual representa el primer problema de salud del mismo para poder alcanzar cambios en sus estilos de vida. En la educación terapéutica debe ser centrada en el paciente, a lograr que se apropie del conocimiento de su enfermedad para poder modificar su estilo de vida.

1. ANTECEDENTES.

Desde el punto de vista del enfermo y sus familiares, mientras la situación aguda de salud impone a la persona un suceso generalmente rápido, doloroso y molesto, un descansar en la competencia profesional del proveedor de salud, una actitud pasiva y paciente; ¹ la presencia de una enfermedad crónica ocupa toda la vida y requiere de una persona activa y responsable ante su cuidado diario ²capaz y formada –más que informada- sobre los requerimientos de su enfermedad. Formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas con diabetes mellitus para que participen activamente en su tratamiento; aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y se motiven para afrontarlas día otro día es el objetivo específico de la educación terapéutica, -una disciplina mucho más reciente y de carácter mas particular- que entra en juego cuando la diabetes esta instalada, el seguimiento a largo plazo es un requerimiento obligado y el fin último de las acciones de salud se dirige a disminuir las crisis agudas y la aparición o desarrollo de complicaciones a largo plazo. ²

El papel protagonista debe entregarse a la persona diabética, nadie mejor que ella para iniciar la discusión sobre el tema, desde sus propias percepciones, sus ansiedades, sus necesidades reales y sentidas además de sus vivencias.

El médico familiar actúa como un facilitador del encuentro con el problema y sus vías de solución, observará y adecuará el modelo individual de afrontar la enfermedad³.

El éxito de la promoción de la salud en las personas con diabetes mellitus es lograr el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes, para que sean capaces de adquirir cambios en las áreas fundamentales de los estilos de vida sanos tales como: una alimentación sana, la práctica regular de ejercicio físico, la correcta utilización de medicamentos, según lo indique los facultativos, la practica de autocontrol de la glucosa sanguínea, la higiene personal y específicamente el cuidado de los pies, así como la utilización de los sistemas de salud en forma integra e involucrar a los miembros familiares al proceso educacional, son las bases

para así prevenir las complicaciones hasta en un 80%.⁴

La educación del paciente diabético se ha organizado como parte integral del programa terapéutico. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la educación para la salud es la piedra angular de la terapia del paciente diabético, y es de vital importancia para su integración en la sociedad.⁵

El control de la diabetes requiere de la modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento. De manera que se establecieron las estrategias siguientes.

Integración de grupos de ayuda mutua para capacitar e incorporar de manera activa a las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento y facilitar su capacitación, además de homogeneizar los procedimientos y contenidos didácticos empleados en la educación terapéutica, la promoción de los cambios en los hábitos y conductas, otro punto importante es sensibilizarlo hacia el autocuidado y responsabilidad de su salud, a través del conocimiento de las implicaciones de esta enfermedad, con puntos clave sobre su manejo.

Según diferentes autores proponen que se debe cambiar la manera en que es tratada la diabetes.^{6,7} Los objetivos deben estar vinculados en lograr el autocuidado, y enseñar a vivir con su enfermedad.⁶

Ahora bien, en la promoción de una alimentación sana para el diabético y su familia debe de estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibras, recomendar el consumo moderado de alimentos de origen animal (por su contenido en grasas saturadas y colesterol)⁸ así también, evitar el exceso de azúcares refinados, sal y el consumo de calorías excesivas, estas medidas dietéticas son de gran utilidad en la prevención de la diabetes así como, de otras enfermedades crónicas¹⁹. Se ha demostrado además

que una práctica regular de ejercicio físico una tiene un efecto protector contra la diabetes mellitus.⁹

El estilo de vida y los patrones de alimentación han cambiado considerablemente durante las últimas décadas, se vive en un mundo que se mueve rápidamente, con mayor estrés, más comidas rápidas, menos actividad física y mayor migración a las zonas urbanas. Cerca del 80% de los diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad, debido a una comida no saludable, un consumo de su dieta doméstica a base principalmente de arroz, frijoles, macarrones y café con azúcar, sin otros componentes como son: las frutas y los vegetales, las carnes y los productos lácteos.¹⁰ así como una ingesta exagerada de alimentos ricos en grasa, contando con una disminución en su actividad física o ejercicio que favorecen la obesidad y la diabetes mellitus.

Por otra parte, según el autor el estrés libera aminos y hormonas que conducen a un uso ineficaz de la insulina lo que favorece o precipita la diabetes mellitus.¹¹

Algunas personas diabéticas consideran una serie de conceptos populares o socioculturales sobre la enfermedad: tales como eliminar el azúcar o ingerir sustancias amargas o insípidas, así como el uso de herbolarios y remedios caseros, los cuales no le permiten alcanzar un control metabólico adecuado.¹²

Según Werner (1982), considera que algunos problemas de nutrición existen porque las familias son demasiado pobres para comprar o cultivar los alimentos que necesitan, aunque otro problema resulta de las costumbres de alimentación de la persona diabética por sus firmes creencias y fuertes gustos y aversiones cuando se trata de los alimentos. Considerando a los alimentos tradicionales de una región como más sanos que muchos de los alimentos nuevos importados.¹ Además según Gallegos,¹⁴ el 20% de los mexicanos mayores de 60 años su estado de salud lo perciben como malo y muy malo, agudizándose esta percepción conforme avanza la

edad. Entre los otros factores asociados con la apreciación negativa sobre su salud figuran: el incremento de la edad, ser mujer, no tener derecho a seguridad social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado o desempleado, ser diabético o con enfermedades crónicas.

Luego entonces, se requiere la participación activa de la persona diabética para que se genere un cambio de conducta hacia los estilos de vida sanos. ¹⁵ Se ha considerado que en cada etapa de su vida posee necesidades e intereses diferentes, por lo tanto, la orientación a las acciones de prevención²⁸ deberá estar dirigida tanto a la persona como a la familia, para que permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad del autocuidado de su salud. ¹⁶

Se ha demostrado que el nivel de funcionalidad familiar⁹ es esencial para el diseño de la terapéutica y del programa educativo, además de que se obtendrán mejores beneficios, cuando la familia está integrada y con motivación. ¹⁷

Ahora bien, Arauz, ¹¹ considera que el apoyo familiar es indispensable para que el diabético afronte los problemas diarios de su enfermedad y para mejorar el control glucémico, sin embargo muchas veces no existe tal apoyo. En ocasiones la familia se puede constituir como una barrera para cubrir con el tratamiento dietético sobre todo en las mujeres, que deben adaptarse a los gustos y preferencias alimentarias de los miembros de la familia.

La integración del grupo familiar a los programas educativos brinda apoyo al diabético y contribuye a concientizar a la familia sobre el riesgo de ¹⁰padecer diabetes mellitus¹⁷ lo cual facilita las acciones preventivas y de diagnóstico temprano de la enfermedad en la comunidad.¹⁸

En los pacientes diabéticos para la administración de la insulina o un régimen dietético más simple requieren mayor conocimiento, para mejorar o cambiar el estilo de vida del paciente habría que enseñarle a comprender su enfermedad a través de habilidad y de motivación. ¹⁹

Son grandes las exigencias impuestas al paciente diabético, en el sentido de cambios en su estilo de vida y hábitos personales, y no es práctico esperar que una persona haga modificaciones radicales en sus actividades sin tener conocimiento profundo de las razones para emprenderlas.²⁰ Inicialmente en el proceso educativo lo primero es la aceptación de su enfermedad, con su carácter de incurabilidad, que va a requerir, por supuesto, un manejo permanente y limitaciones variables en el estilo de vida, dependiendo en gran medida el nivel de control que se logre alcanzar.²¹

La promoción de la salud se constituye en el motor que impulsa a la población hacia el autocuidado de su salud, al uso adecuado de los servicios y a la participación organizada en actividades de beneficio comunitario.²²

El apoyo, estímulo y motivación, son factores de intervención muy necesarios, además de que se requiere de sesiones planeadas a intervalos regulares durante toda la vida para asegurar que el individuo conserve este nivel básico de conocimientos y actualice conforme cambian los estándares y práctica aceptada.²³

Gutiérrez opina que el fenómeno educativo implica una cierta transmisión de costumbres, hábitos, conocimiento, valores y normas a lo largo de una generación a otra, en busca de su perfección.²⁴

Según González, él considera que los elementos de la educación son básicamente: la intencionalidad o dinamismo vital, la aspiración de valores, la libertad y la comunicación interpersonal, este proceso humano, da la capacidad para dar o encontrar sentido a las cosas, personas, valores y experiencias.²⁵

La educación es parte integral de la educación del diabético, y es de máxima importancia proporcionarle una vida plena y activa, es necesario educar al diabético para que sea capaz de controlar satisfactoriamente su enfermedad. Josli señala

*“Saber poco es peligroso, el diabético que sabe más es quién vive más tiempo”*⁶

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la educación para la salud es la piedra angular de la terapia de la persona diabética,⁷ y de vital importancia para su integración en la sociedad. Ya que la educación de la persona diabética no es un agregado es parte de él.²³

Dentro de los obstáculos de la educación para la salud cabe considerar el poco interés del diabético por conservar su salud, y solo le interesarle cuando les impide trabajar o conseguir las metas que se han propuesto; otro punto serían los prejuicios culturales que impiden toda penetración educativa en relación con la salud.

Por lo tanto, Clark (2001)⁷ menciona que las actividades de educación para las personas diabéticas se desarrolla tanto en las instituciones de salud como también en la comunidad por personal de salud y promotores a través de la educación no formal o informal.

El apoyo que brinda el médico familiar no sólo cubre sus necesidades de atención médica curativa sino, más bien en la promoción de estilos de vida sanos.

Se requiere de habilidades y disposición para lograr una buena comunicación, para establecer un buen vínculo afectivo y comprensión del individuo y de la familia, conocer sus necesidades de aprendizaje, así como sus habilidades y limitaciones (aspectos psicosociales, creencias sobre la salud, grado de apoyo familiar, nivel socioeconómico). Las evidencias indican que el control de los factores de riesgo modificables es más efectivo cuando se realiza en forma grupal, bajo un programa mínimo y con participación de los propios pacientes y sus familiares.²⁶

Los autores,^{22,27,28,29,30,39.} consideran que la enseñanza grupal no es sustituto de la individual, son un complemento, a través de pequeños grupos (máximo quince

personas), y se utilizan sobre todo técnicas participativas, en la que afloran las dudas, y problemas tanto de los aspectos técnicos y cognoscitivos como emocionales de los paciente y de su familia, estos grupos de autoayuda contribuyen a consolidar el manejo exitoso del paciente donde además de socializarse e interactuar obtienen un aprendizaje continuo y fidedigno, por tratarse de individuos en condiciones de salud similares.

La evaluación inmediata de los logros educativos³¹ se observan a través del comportamiento clínico de los diversos índices de cambios metabólicos (glucemia, hemoglobina glucosilada, crecimiento pondo-estatural, frecuencia de la hipoglucemia, cetosis, etc.) y las siguientes actitudes: automonitoreo, adherencia al plan de alimentación y actividad física.

Existen otros indicadores que sirven de referencia para calificar el grado de control diabético de los meses o años previos y permiten también tomar medidas en relación al tratamiento con insulina, hipoglucemiantes orales, alimentación y ejercicio.

Un pobre aumento de peso y sobre todo la pérdida de éste, son indicativos de un mal control de la diabetes, Así como también la obesidad que favorece los problemas de los vasos sanguíneos y aumenta el riesgo de enfermedades del corazón (infarto, aterosclerosis, hipertensión arterial), alteraciones músculo-esqueléticas y algunos cánceres. ³²

Criterios para evaluar el grado de control del paciente diabético y metas básicas de tratamiento, según proyecto de Norma Oficial Mexicana: 33

Metas de tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (ml/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h.	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<150	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (ml/dl)	<150	150-200	≥200
Tensión arterial (mm de Hg)	<120/80	121/81	>130/80
Índice de Masa Corporal*	<25	25-27	>27
Hemoglobina Glucósilada (HbA1c)	<6.5%	6.5-8.5%	>8% mg/dl.

Índice de masa corporal o Índice de Quetelet: el peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (Kg/m²).

2. MARCO TEÓRICO.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa, que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial al grado de ser considerada una pandemia con una tendencia ascendente.

En la actualidad se estima que existen alrededor de 140 millones diabéticos en el mundo y considerando que aproximadamente la mitad de los casos de Diabetes Mellitus tipo 2 son asintomáticos.³⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020, cerca de 300 millones de personas padecerán esta enfermedad y la mayor parte de los casos (80%) se originarán en países en vías de desarrollo. En América Latina existen 20 millones de personas con DM2. ³⁴

La diabetes mellitus representa uno de los principales problemas de salud pública en México. Nuestro país se ubica entre los de mayor número de casos registrados en el ámbito mundial. Según el Programa Nacional de Salud, 2001-2006, alrededor del 8.2% de la población mexicana de 20 a 69 años son diabéticos y cerca del 30% de los individuos afectados desconocen que tiene la enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen aproximadamente más de 4 millones de personas con esta enfermedad, de los cuales más de un millón no han sido diagnosticados. ³⁵ Por, otra parte la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general. ³⁵ Según el Sistema de Epidemiología y Estadística de Defunción (CIE-10), Para el año 2003 en el Estado de Tabasco, la tasa de defunción por diabetes mellitus fue de 55.2 x 100 mil habitantes, ocupando el primer lugar y más frecuente en el sexo femenino.³⁶ A su vez el Municipio del Centro, del estado de Tabasco, ocupó la primera causa de defunción con una tasa de 58.4 x 100 mil habitantes. ³⁷

Según el Informe Semanal de casos nuevos de enfermedades (SUIVE-1-2000), se presentaron en el Estado de Tabasco un total de 6318, con una tasa de

316.53 x 100 mil habitantes ocupó el décimo quinto lugar de la morbilidad general, en el año 2002, Para el Municipio del Centro fue de 2673 casos nuevos con una tasa de 483.48x 100 mil habitantes.³⁷

De acuerdo con el Programa de Salud del Adulto y el Anciano 2002, se estima que en Tabasco existen aproximadamente 90,401 pacientes diabéticos y el 54.8% son de población no derechohabientes, además los que reciben atención médica corresponden al 12.4%, y únicamente en control el 6.6%.³⁶

De acuerdo a la clasificación recientemente aprobada por la Asociación Americana de Diabetes y avalada por la Organización de la Salud en julio de 1997, se divide de la siguiente manera:

2.1 Clasificación:

- Diabetes Mellitus tipo 1: caracterizada por la destrucción de células beta con deficiencia absoluta de insulina, que a su vez se clasifica en:
 1. 1.1 Inmunitaria.
 2. 1.2 Idiopática.
- Diabetes Mellitus 2: en la cual hay capacidad residual de secreción de insulina, pero estos niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante y aparece la hiperglucemia.²¹
- Diabetes gestacional
- Otros tipos específicos.

La mayoría de los casos de diabetes mellitus que se diagnostican en el país presentan la diabetes mellitus tipo 2, y es frecuente que muchos de las personas con esta enfermedad no se den cuenta de su hiperglucemia durante varios años. Esta elevación silenciosa, persistente e inadvertida de la glucosa favorece la presencia de complicaciones, ya que retarda el tratamiento, y el daño de los vasos sanguíneos inicia, por lo menos, entre 4 a 7 años antes de que aparezcan los síntomas, con lo cual se incrementa el riesgo de complicaciones crónicas y con ellas, de la muerte prematura.²⁸

De acuerdo con publicaciones científicas de Organización Panamericana de la Salud, la DM2 es causa más frecuente de poli neuropatía y alrededor del 50% de los diabéticos presentan alteraciones como son las neuropatías en los 25 años siguientes al diagnóstico.³⁴ La Diabetes Mellitus tipo 2 es responsable de más del 40% de todas las amputaciones no traumáticas, mientras que, la nefropatía diabética se ha convertido en la primera causa de complicaciones en el adulto, además de ser la primera causa de insuficiencia renal terminal y de ceguera en el adulto. Las personas que sufren esta enfermedad tienen mayores índices de hospitalización, su estancia es más prolongada y acuden más veces a los servicios médicos ambulatorios que las personas no diabéticas.²⁷

Según Programa Nacional de Salud, 2001- 2006, debido a que una gran parte de los pacientes diabéticos manifiestan bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de su enfermedad. Y solo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de éstos entre 25 y 40 por ciento logran el control metabólico deseado.³⁵

Se presenta la diabetes mellitus con más frecuencia después de los 40 años de edad, y 3 de cada 10 adultos mayores de 65 años la padecen. ¹³ La diabetes mellitus tipo 2 es una condición heterogénea que no es atribuible a un solo mecanismo fisiopatológico, es necesarios la resistencia a la insulina como una secreción deficiente de la insulina para que la enfermedad se manifieste. La frecuencia de diabetes tipo 2 en ciertas familias y poblaciones étnicas sugiere un fuerte antecedente genético para la enfermedad, sin embargo, generalmente se requiere otros factores del medio ambiente, como obesidad y estilos de vida insanos para liberar a los genes. ²⁸

2.2 Factores modificables y no modificables.

Los factores de riesgo para DM 2 pueden clasificarse en: modificables y no modificables. En los primeros, el médico debe poner mayor atención en su práctica diaria, ya que al incidir en ellos podrá disminuir el riesgo de que la enfermedad se presente, retarde su aparición o evolución. ²⁹

Factores de riesgo para diabetes mellitus.

No modificables.

- Ascendencia hispánica*
- Edad igual o mayor a 45 años.
- Antecedentes de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos)
- Antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 kg.

Modificables

- Obesidad
- Sobrepeso
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Manejo inadecuado del estrés.
- Hábitos inadecuados de alimentación
- Estilos de vida contrario a su salud.
- Índice de masa corporal ≥ 27 kg/m² en hombre y ≥ 25 kg/m² en mujeres.
- Índice cintura-cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres.
- Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg.
- Triglicéridos ≥ 150 mg/dl.
- HDL de colesterol ≤ 35 mg/dl.

*En países con comportamiento étnico heterogéneo.¹⁰

2.3 Medidas de prevención de la diabetes.

La prevención primaria tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad. Las medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio ambientales que, unidas a factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la diabetes. Se requiere la ejecución de estas acciones de prevención con la

participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región (radio, prensa, televisión, etc.) la publicidad influye grandemente en los hábitos y consumo de productos en la comunidad, y representa un reto para la salud el inculcar hábitos saludables.³⁸ Es necesario que se mantengan de manera permanente para que sean efectivas a largo plazo.

La prevención de la diabetes mellitus implica el conjunto de acciones adoptada para evitar su aparición y progresión, realizándose en tres niveles: primario, secundario y terciario.

2.3.1. Prevención primaria.

La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes; una dirigida a la población en general y otra a los individuos con alto riesgo a desarrollar la enfermedad.⁸

En la población de alto riesgo.

La intervención inicial y a lo largo del padecimiento, se realizará especialmente con tratamiento no farmacológico y consistirá en:

- Educación para la salud (folletos, revistas, boletines, etc.
- Promoción de la salud; corrección de factores dentro del estilo de vida.
- Prevención y corrección de la obesidad (dietas de bajo contenido graso y azúcares refinados y alta proporción de fibra alimentaria).
- Uso racional y precavido de medicamentos diabetogénicos (diuréticos, corticosteroides, beta bloqueadores)
- Promoción la práctica regular de ejercicio físico.
- Integración de Grupos de Autoayuda, encaminados a que el paciente se responsabilice de su autocuidado y permanentemente sea el autogestor en pro de su control metabólico.

2.3.2 Prevención Secundaria.

Individuos de alto riesgo.

- Edad mayor a 45 años.
- Con obesidad
- Con antecedentes de diabetes mellitus en familiares del primer grado.
- Mujeres con antecedentes de hijos macrosómicos (de 4 Kg. o más), antecedentes obstétricos patológicos.
- Con dislipidemia.
- Miembro de grupos étnicos con elevada prevalencia de diabetes mellitus tipo 2.
- Con hipertensión arterial.

Todos los esfuerzos de la prevención secundaria están destinados a individuos ya confirmados con diabetes mellitus. Tiene como objetivos retrasar la progresión de la enfermedad, remitir cualquier alteración en su estado metabólico, prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

2.3.3 Prevención Terciaria.

Está dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas, sus objetivos son evitar la discapacidad del paciente (por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético, etc.), y evitar la mortalidad temprana.

La mejor manera de saber qué tan adecuado es el manejo de la diabetes es midiendo con frecuencia los niveles de glucosa sanguínea. La necesidad de lograr el mejor control de la glucemia para evitar o reducir el riesgo de desarrollar complicaciones agudas y tardías, ha llevado, en los últimos años, al desarrollo de tiras reactivas, aparatos portátiles para medir la glucosa sanguínea y dispositivos para obtener sangre capilar con mínimo dolor. Esto es lo que se denomina automonitoreo o autoevaluación de la glucosa, que ha sustituido a las mediciones de

glucosa en orina, que repetidamente se ha demostrado no guardan relación con los niveles de glucosa sanguínea, lo que nos permite ajustar en el programa de manejo de dosis de insulina, dieta, ejercicio, con la finalidad de mejorar el control de la glucemia.³²

Las mediciones de triglicéridos y colesterol es importante debido a que la insulina permite que las grasas provenientes de la alimentación se almacenen el tejido graso y al mismo tiempo favorece que parte de la glucosa se transforme en grasa (triglicéridos).

La presión arterial en las personas con diabetes empieza aumentar durante las etapas tempranas de microalbuminuria, indicando que se inicia la nefropatía diabética que puede llevar a insuficiencia renal, durante el periodo de microalbuminuria las personas generalmente no tiene síntomas, aunque a veces pueden tener hipertensión arterial moderada, en este periodo un buen control de la glucosa sanguínea y el tratamiento de la hipertensión arterial puede frenar la progresión de la nefropatía diabética. ³²

5.- OBJETIVO GENERAL.

Determinar los logros de autocuidado obtenidos de las personas diabéticas tipo 2 que acuden a un grupo de autoayuda después de una educación terapéutica, en el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Gaviotas, de junio del 2004 a junio del 2006.

5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Caracterizar a las personas diabéticas que acuden al grupo de autoayuda, de acuerdo sexo, edad, nivel educativo, ocupación, años de duración de la enfermedad.
2. Identificar los logros obtenidos de autocuidado de las personas diabéticas de acuerdo a: hábitos alimentarios, automonitoreo, actividad física, hábitos higiénico sanitarios.
3. Valorar el grado de conocimiento de su enfermedad después de un proceso educativo
4. Valorar los niveles de glucosa y presión arterial.

3. JUSTIFICACION

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en todo el mundo. Además de ser una de las más devastadoras por sus efectos en la disminución en el bienestar de vida de las personas que la padecen y por los costos que implica la atención de las complicaciones que se presenta a raíz de la misma.

El papel del médico familiar no es curar la enfermedad sino de enseñar a la persona diabética a cuidarse, central la acción en el hombre y no en la enfermedad o en el funcionamiento fisiológico del órgano dañado, buscar métodos que desarrollen la capacidad individual para afrontar el cuidado diario y tomar decisiones adecuadas.

Es viable realizar esta investigación ya que un primer nivel de atención es ideal para ejecutar programas educativos, tanto de tratamiento como de prevención y detección temprana de la diabetes, en este nivel de atención hay entre los diabéticos, sus familiares, la comunidad y el personal sanitario una relación de familiaridad que favorece el apoyo grupal y de intercambio de experiencias dentro del mismo contexto socioeconómico y cultural. Lo que pretendemos con esta investigación es: identificar los logros obtenidos durante estos dos años de atención por el médico familiar en la educación terapéutica a las personas con diabetes mellitus, que asisten al Centro Avanzado Atención Primaria de Salud Gaviotas,

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes por su morbilidad y mortalidad se coloca como una de las principales enfermedades crónicas degenerativas en la esfera mundial, en México y en Tabasco, por lo que constituye un problema serio de Salud pública. La diabetes a nivel poblacional impone serios desafíos a los servicios públicos, ya que es una enfermedad compleja que requiere la administración de medicamentos, el control de diversos indicadores metabólicos (glucemia, lípidos, colesterol, proteinuria) somatómétricos (peso) y fisiológicos (presión arterial), además de la realización de actividades físicas, el apego a una plan de alimentación sano, equilibrado, la detección oportuna de de los daños micro y macrovasculares y el cuidado general de la salud para evitar o retardar las complicaciones. Todo este espectro de acciones debe reforzarse con el autocuidado de la salud, para ser más participativo y así tener más apego y constancia en el tratamiento integral de la enfermedad, por lo que nos hemos trazado la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los logros en el autocuidado de las personas diabéticas que acuden a un grupo de autoayuda después de una educación terapéutica en el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Gaviotas?

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño de la investigación:

Se trata de un estudio descriptivo, de intervención educativa donde se estudiaron a todas las personas diabéticas que acudieron al grupo de autoayuda transversal, prospectivo, ya que fue llevado a cabo durante dos años de 1º. De junio del 2004 a 1º. de junio 2006 en el Centro de Atención Avanzada Primaria para la Salud Gaviotas Jurisdicción Sanitaria 04, Centro Tabasco.

6.2 Universo de Estudio:

El universo fueron todas las personas diabéticas que acudieron al grupo de autoayuda, según Sistema de Información a Población Abierta ³⁷ comprende a un universo de 182 personas diabéticas se adiestraron un total a 50 diabéticos que acudieron regularmente a su atención, durante los meses de junio 2004 a junio de 2006, en el Centro de Atención Avanzada Primaria para la Salud Gaviotas Jurisdicción Sanitaria 04, Centro Tabasco.

Muestra: Se calculó una muestra probabilística con un intervalo de confianza de 95% y un error de 0.2, resultando 25 pacientes, sin embargo se tomaron 50 pacientes para ser incluidos en el estudio.

6.3 Criterios de Inclusión:

- Pertener al grupo de autoayuda.
- 80% de asistencia.
- Edad entre 25 a 89 años.
- Aceptar participar en el plan educativo.
- No derechohabientes.

6. 4 Criterios de Exclusión:

- Derechohabiente
- Edad menor a 25 años.
- Inasistencias de un 20%
- No aceptar participar en el plan educativo.

6.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICION	REACTIVO
AUTOMONITOREO	SE REALIZA PRUEBAS DE GLUCOSA CAPILAR EN CASA	NOMINAL	SI NO
EDAD	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	CONTINUA	15 – 19 AÑOS 20 – 24 AÑOS 25 -44 AÑOS 45 -64 AÑOS 65 –74 AÑOS 75 – 84 AÑOS 85 Y MAS
SEXO	CONDICION ORGANICA QUE DIFERENCIA AL HOMBRE Y LA MUJER Y SE MIDE A TRAVES DE UNA RESPUESTA POR EL PACIENTE	NOMINAL	MASCULINO FEMENINO.
ESCOLARIDAD	GRADO ESCOLAR CURSADO	ORDINAL	ANALFABETA PRIMARIA INCOMPLETA PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA PROFESIONAL POSTGRADO.
OCUPACIÓN	TRABAJO QUE EJECUTA	NOMINAL	COMERCIANTE, OBRERO, CAMPEÑO, ARTESANO, LIMPIEZA, LAVANDERIA, HOJALATERO, PINTOR, LABORES DEL HOGAR, OTROS.
DURACION DE LA ENFERMEDAD	TIEMPO EN AÑOS DE LA ENFERMEDAD	ORDINAL	<1 , 1 A 4 AÑOS 5 A 9 AÑOS Y 10 A +
HABITOS ALIMENTARIOS	DIETA DE CONSUMO	CATEGORICA	ADECUADA INADECUADA.
ACTIVIDAD FÍSICA	EJERCICIO FÍSICO REALIZADO	CATEGORICA	NULA LIGERA MODERADA INTENSIVA
HABITOS HIGIENICOS SANITARIOS	LIMPIEZA DE SU CUERPO	CATEGORICA	ADECUADA INADECUADA
CIFRA DE GLUCOSA CAPILAR	MEDICION DE LA GLUCOSA EN AYUNAS DURANTE LA CONSULTA	CATEGORICA	<126 GLUCEMIA EN CONTROL >126 GLUCEMIA NO CONTROLADA
PRESION ARTERIAL	MEDICIÓN CIFRAS DE TENSION ARTERIAL EN LA CONSULTA	CATEGORICA	<140/90 CONTROLADA. > 140/90 NO CONTROLADA.
CURRUCULUM DEL PACIENTE CON DIABETES	CONOCIMIENTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD	CATEGORICA	EXCELENTE 100 PUNTOS REGURLAR 90 A 80 PUNTOS BUENO DE 70 A 60 PUNTOS. DEFICIENTE. MENOS DE 60 PUNTOS

6.6 Sistema de captación de la información

Para recolectar los datos se utilizó una entrevista estructurada, elaborada para este fin^{39, 40}. (Anexo A) tiene tres secciones:

- I) Historia de salud
- II) Alimentación,
- III) Actividad Física e Higiene Sanitaria,
- IV) Currículum del paciente. Tarjetas de control y citas. Previa validación de prueba piloto.

Para el objetivo uno, la información se obtuvo de:

- La entrevista estructurada dirigida a las personas diabéticas que acudieron al grupo de autoayuda mediante preguntas abiertas y cerradas que indagó sobre el problema, tomando como guía un estudio similar sobre los estilos de vida de las personas diabéticas realizadas en el Centro de Salud Tamulte³⁹. la guía se validó en una primera entrevista de pilotaje a pacientes que acudieron a la consulta externa, la duración de la entrevista fue de 15 minutos y no requirió de ajustes. Posteriormente se realizaron entrevistas individuales, por el autor, a las personas diabéticas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para dar salida al objetivo dos:

Después de recibir las secciones educativas las personas diabéticas se llevo a cabo la entrevista donde se indagó sobre los hábitos alimentarios, automonitoreo, actividad física, hábitos higiénicos sanitarios.

Para el objetivo tres, la información se obtuvo de:

Un formato sobre el curriculum básico de la enfermedad, en base a la guía educativa del paciente diabético, sobre el conocimiento mínimo que todo paciente debe tener, con preguntas abiertas, las cuales se categorizaron: se considera excelente, de 90 a 80 puntos regular, de 70 a 60 bueno y menos de 60 deficiente.

Para dar salida al cuarto objetivo:

Se midieron valores de los niveles de glucosa y presión arterial, durante los meses que duró la secciones educativas, al final se observo su comportamiento en base a una escala de mediciones sucesivas, y se contabilizó las ultimas cifras, para fines de la investigación.

El procesamiento de los datos se realizó de forma automatizada, en lo que respecta los objetivos uno y dos, para el objetivo tres se valoró cada una de los ítems de manera individual para poder categorizar los resultados, en el objetivo cuarto, la recogida de la información se realizó de acuerdo a un formato donde se anotaban cada mes aproximadamente su comportamiento sobre las cifras de glucosa y presión arterial individualmente, mismas que fueron analizadas, posteriormente al termino de la terapia educativa. De forma general las guías de las entrevistas se capturaron en una base de datos paquete estadístico SPSS 7.5 para Windows y Excel, los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencia y gráficos donde se utiliza el porcentaje como medida de resumen.

6.7 Medición de las variables

Para en el análisis estadístico se calcularon medidas de tendencia central en las variables continuas y en las variables ordinales y nominales se obtuvieron medidas de estadística descriptiva como son frecuencias y porcentajes.

6.8 Diseño de intervención:

Para el procedimiento se utilizaron las siguientes las estrategias fueron las siguientes:

Captación de pacientes mediante las actividades de detección oportuna, consulta externa y trabajo social.

Proporcionar mediante pláticas informativas en formas continuas sobre aspectos básicos de la diabetes.

Platicas informativas y explicativas se dan los días lunes y martes de cada semana. El paciente tiene que ser capaz de reconocer los motivos de su descontrol, orientándolo a la reflexión e induciendo un pequeño cambio educativo que le ayude a conseguir su meta.

Cuando los pacientes alcanzan valores de glucosa en ayunas cercanos a los normales o conocidos como metas de control se integran a grupos que se atienden los jueves y viernes de cada dos semanas.

En estos grupos se realizaron monitoreo en forma quincenal y además de incluir un tema de educación y reforzamiento de diabetes, todo paciente diabético que acude al club se canaliza al área de nutrición, para un plan de tratamiento individualizado.

Si alguno del paciente sufría de una alteración en sus valores de control glucémico se citaba a la semana siguiente para una nueva toma de glicemia y discutir con ellos estrategias que los induzcan a un cambio para continuar en buen control.

Si alguno de los pacientes diabéticos presentaba una alteración en su conducta o depresión o desvinculo familiar que se detectaba durante las secciones, se canalizaba al área de psicología o terapia familiar.

A los pacientes diabéticos se les motivaban a realizar actividades recreativas. Se entrevistaron a los pacientes durante la consulta, así como después de ir avanzando en la capacitación, en base al tipo de diabetes, se les brindo asesoria individual (cara a cara), una vez controlado su problema se procedió a integrarlo al grupo de autoayuda. Se ha ido registrando durante todo el proceso como se han mantenido sus cifras de glucosa de los pacientes en los expediente clínicos. Un examen de conocimientos sobre su enfermedad, con 10 items. 100 puntos, se considera excelente, de 90 a 80 puntos regular, de 70 a 60 bueno y menos de 60 deficiente.

6.9 Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizó con el interés científico de aportar nuevos conocimientos sobre uno de los problemas prioritarios de salud de trascendencia que además fuera de interés para las autoridades sanitarias.

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevó a cabo según reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, artículo 17, párrafo 1 y artículo 23 del capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, con fecha 7 de febrero de 1984 y los resultados permanecerán bajo resguardo y protegidos de usos inadecuados.

Se le explicó al usuario previamente en forma verbal el propósito de dicho estudio e informándole que su aportación no representa ningún riesgo para la integridad física y moral de las personas que decidan participar y los resultados permanecerán bajo resguardo para el investigador y protegidos de usos inadecuados. Además de solicitar la autorización a las Autoridades del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud, para la realización de esta investigación.

7 RESULTADOS

Las características sociodemográficas fundamentales del grupo estudiado se pueden observar en el cuadro siguiente: Más de las de tres cuartas partes del grupo de personas con diabetes correspondieron al sexo femenino, predominando el grupo etáreo de 59 a 68 años.

Cuadro No. 1

Distribución de los diabéticos según edad y sexo.

Rangos de Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
39 – 48	2	4	10	20	12	24
49 – 58	4	8	12	24	16	32
59 – 68	4	8	13	26	17	34
69 – 78	2	4	3	6	5	10
Total	12	24	38	76	50	100

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

En cuanto al nivel educativo del grupo éste es bajo, ya que el 80% de las personas del mismo no terminaron la primaria, o son analfabetas.

Cuadro No. 2

Distribución de las personas diabéticas según el nivel de escolaridad

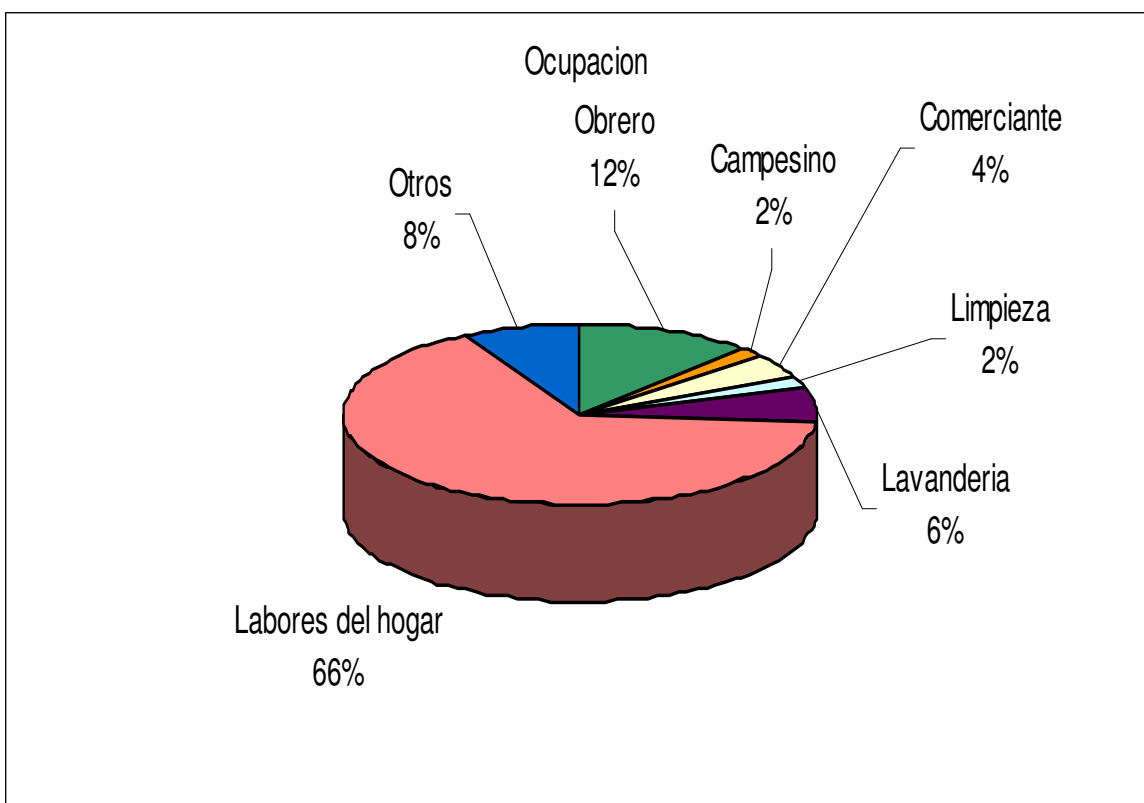
Grado Máximo de Estudio		
Analfabeta	7	14%
Primaria Incompleta.	33	66%
Primaria Completa	4	8%
Secundaria	3	6%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

Se encontró que en más de la mitad de las personas diabéticas la ocupación predominante fue la de labores del hogar.

Grafico 1.

Distribución de las personas diabéticas según ocupación.



Fuente: Cuadro No. 3.

Según tipo y tiempo de evolución de la diabetes se observó: que la totalidad del grupo correspondió al diabetes mellitus tipo 2, teniendo el 52% de los diabéticos una evolución entre 1 y 4 años, de 5 a 9 años fueron 30%, seguido del grupo de 10 a 19 años un 8%, y de igual o más de 20 años, fueron un 10%. El promedio de duración en años fue de 6.5 años, con una desviación estándar de 4.6.

Cuadro No. 4

Distribución de las personas con diabetes mellitus según los años de duración en años.

<i>Duración de la enfermedad en años</i>		
1-4 años	26	52%
5-9 años	15	30%
10 -14 años	2	4%
15-19 años	2	4%
=>20	5	10%
Total	50	100%
Promedio en años	6.540	
Desviación estándar.	4.624	

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

La asistencia sistemática del grupo es adecuada ya que en la totalidad de las personas diabéticas asisten una vez por semana, o dos veces según lo requiera, al grupo de autoayuda.

Cuadro No. 5

Distribución de las personas diabéticas de acuerdo a la asistencia al grupo de auto ayuda de forma regular o sistemática.

Asistencia a club de Diabetes		
Sí	50	100%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

Con respecto a la realización de acciones de automonitoreo o auto chequeo, el 62% de las personas con diabetes mellitus estudiadas, refirió no practicarlas.

Cuadro No. 6

Distribución de los diabéticos según la realización de automonitoreo.

Auto monitoreo o Autocontrol		
Sí	19	38%
No	31	62%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

Se observó que más de la mitad de las personas del grupo ingieren dieta adecuada, el 88% de las personas diabéticas refirieron consumir productos lácteos. El 96 % del grupo refirieron consumir frutas y verduras, y el 98% refirieron consumir legumbres, carnes y pescado.

Cuadro No. 7

Distribución de las personas diabéticas según sus hábitos alimentarios.

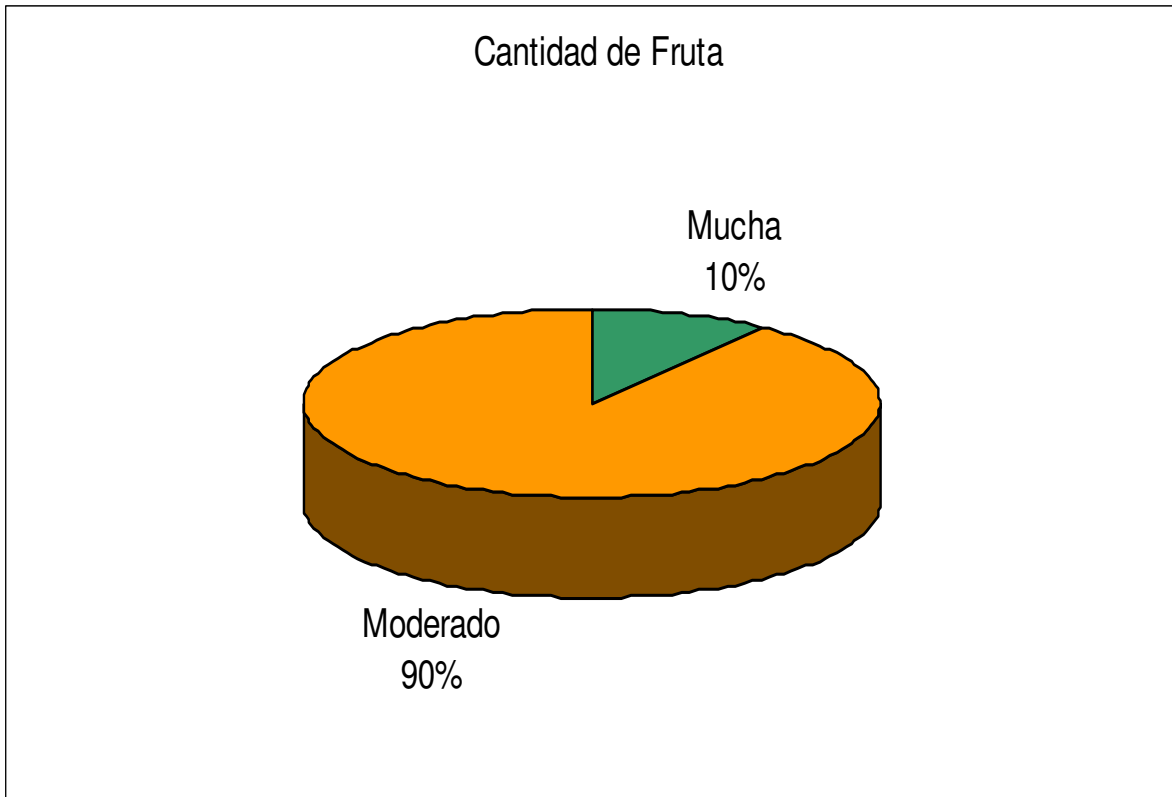
<u>Consumo</u>	<u>Dieta Adecuada</u>		<u>Lácteos</u>		<u>Frutas y Verduras</u>		<u>Legumbres</u>		<u>Carnes y Pescado</u>	
Si	30	60 %	44	88 %	48	96 %	49	98%	48	96%
No	20	40 %	6	12 %	2	4%	1	2%	2	4%
Total	50	100 %	50	100 %	50	100 %	50	100%	50	100 %

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

Los diabéticos del grupo de estudio refirieron consumir moderada cantidad diaria de frutas y verduras en un 90%.

Grafico 1

Distribución de las personas con diabetes mellitus según la cantidad de fruta que consumen diariamente.



Fuente: Cuadro 8

Un 60% refirió comer carnes y pescado de una a dos veces al día; el otro 40% de una a dos veces a la semana. Y casi la totalidad del grupo refirió realizar sólo tres comidas al día, y un 14% realiza dos comidas al día.

Cuadro No. 9

Distribución de los diabéticos según el consumo diario de carnes y pescados.

<i>Consumo diario de carnes y pescado</i>		
Dos veces al día	23	46%
Una vez al día	7	14%
Una vez a la semana	15	30%
Dos veces a la semana	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

Las personas diabéticas refirieron ingerir alimentos tres veces al día el 86%.

Cuadro No. 10

Distribución de los diabéticos según número de comidas que realizan al día.

Número de comidas que realizan al día los personas diabéticos estudiados.		
Dos	7	14%
Tres	43	86%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

En relación a la actividad física el 100% de los diabéticos del grupo se consideran como personas activas físicamente, realizan ejercicio físico de forma regular el 80%. De éste el 22% refirió practicarlo 5 o más veces por semana.

Cuadro No. 11

Distribución según actividad física en el grupo de pacientes diabéticos estudiados.

Físicamente Activo			Realizan actividad física de forma regular		Actividad física de alto rendimiento.	
Sí	50	100%	40	80%	14	28%
No	0	0%	10	20%	36	72%
Total	50	100%	50	100%	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

Las personas diabéticas estudiadas nos refirieron realizar actividades físicas de forma regular el 22% de 5 o más veces por semana, 4 veces por semana un 6%, el 2% correspondió a 3 veces por semana, una vez por semana el 50% y no realizan ejercicio el 20%.

Cuadro No. 12

Distribución de las personas diabéticos según el número de veces por semana que realizan actividad física de forma regular.

Número de veces por semana que realiza la actividad física de forma regular.		
5 o más por semana	11	22%
4 por semana	3	6%
3 por semana	1	2%
Una por semana	25	50%
No hace ejercicio	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

El 100% de las personas diabéticas realizan sus hábitos higiénicos en el cuidado de los pies se forma adecuada, aplican lubricante en un 74%, fueron demostraciones realizadas durante su evaluación.

Cuadro 13.

Distribución de las personas diabéticas según la presencia de hábitos sanitarios en el cuidado de los pies, de las personas diabéticas estudiadas.

Cuidado de los pies.		
Sí	50	100%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

Cuadro No. 14

Distribución según medidas higiénicas sanitarias en los cuidados de los pies de los diabéticos estudiados.

Aplicación de crema o lubricantes para evitar la resequead de los pies.		
Casi siempre	6	12%
Algunas veces	37	74%
Casi nunca	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas.

Las personas diabéticas presentaban niveles de glucosa menores o iguales a 126 mg. / dl, se consideraron como control glucémico, y los no controlados fueron en muestras de glucosa capilar, en mas de la mitad del grupo de estudio, un 40% encontramos glucosa capilar por arriba de 126 mg./dl. En los últimos 6 meses.

Cuadro 15

Distribución de la personas diabéticas según controlados y no controlados,

Grupo de Edad	CONTROLADA	%	NO CONTROLADA	%	Total	%
39- 48	9	18	5	10	14	28
49 – 58	8	16	6	12	14	28
59 – 68	10	20	7	14	17	34
69 – 78	3	6	2	4	5	10
Total	30	60	20	40	50	100

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

El grupo estudiado el tratamiento administrado en estas personas encontramos con un 38% se manejaban con dieta únicamente, con insulina un 4%, y con sulfonilurea el 26%, al igual que los tratamientos combinados y solo biguanidas el 6%

Cuadro 16

Distribución de los diabéticos según tipo de tratamiento administrado.

	FÁRMACO	%	NO FARMACO	%
DIETA			19	38
SULFONILUREAS	13	26		
BIGUANIDAS	3	6		
COMBINADAS	13	26		
INSULINA	2	4		
TOTAL	31	62	19	38

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

El grupo estudiado con cifras de presión arterial se considero controlado en cifras menores o iguales a 140/90 fueron el 90% y no controlado con cifras por arriba de 140/90 correspondió un 10%.

Cuadro 17

Distribución de los diabéticos según grupo de edad y presión arterial.

GRUPO DE EDAD	PRESION ARTERIAL				TOTAL	%
	CONTROLADA	%	NO CONTROLADA	%		
39 - 48	13	26	1	2	14	28
49 - 58	15	30	0	0	15	30
59 - 68	13	26	3	6	16	32
69 - 78	4	8	1	2	5	10
	45	90	5	10	50	100

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

Las personas diabéticas estudiadas después de la educación terapéutica, se les evaluó el grado de conocimiento sobre su padecimiento y de acuerdo a su puntaje de respuestas pudimos evaluarlos en excelente un 6%, regular el 70%, bueno un 20% y deficiente un 4%-

Cuadro 18

Distribución de los diabéticos según el curriculum.

Curriculum de los pacientes.		
EXCELENTE	3	6%
REGULAR	35	70%
BUENO	10	20
DEFICIENTE.	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Entrevistas a personas diabéticas

8 DISCUSIÓN.

Comenzaremos la discusión de nuestros resultados ubicando a nuestro grupo de estudio en bajas condiciones desde el punto de vista económico, educativo y cultura; lo cual coincide con uno de los problemas principales del mundo actual: la pobreza la cual está incluida en nuestra región y por ende nuestro país.

En primer lugar el hecho de no conocer la prevalencia de la Diabetes Mellitus en la población, no nos permitió valorar la magnitud de este problema; aunque el hecho de haber sido la primera causa de muerte en el año 2002 en el Municipio del Centro ⁽⁴⁸⁾ nos puede inferir en cierta y por aproximación que la misma es un problema de salud. ⁽⁴³⁾

Los resultados sociodemográficos que identifican nuestro grupo hace pensar en personas pobres, con bajo nivel instructivo y cultural, factores éstos que unidos al tiempo de evolución de la enfermedad representa en sí factores de riesgo importantes, que como señalan autores como Werber ⁽³²⁾ y Flores ⁽³¹⁾ pueden aumentar la incidencia de las complicaciones más frecuentes de la Diabetes Mellitus, conocidos por todos y señaladas en nuestro marco teórico.

El predominio del sexo femenino en este tipo de diabetes es el resultado de la resistencia del organismo a la acción de la insulina. Esta resistencia durante el embarazo es causada por hormonas producidas en la placenta. La diabetes gestacional generalmente desaparece después de dar a luz, pero las mujeres que han sufrido diabetes gestacional tienen un riesgo de hasta el 45% de que la enfermedad vuelva a aparecer en el embarazo siguiente y un riesgo de hasta el 63% de sufrir de diabetes tipo 2 posteriormente. ⁴¹

Las mujeres en edad reproductiva que sufren de diabetes tipo 2 tienen menos años de estudios, ingresos más bajos y es mucho más probable que estén desempleadas en comparación con aquellas que no sufren la enfermedad.

Con cada embarazo se presenta un estado de resistencia a la insulina que puede favorecer la presencia de una diabetes mellitus. Aunado al aumento de peso

característico en personas con sobrepeso, inadecuada alimentación y a una disminución de actividad física o una tendencia franca al sedentarismo que contribuya a la obesidad de tipo central, además de las ocupaciones que conllevan el integrarse en una nueva familia.

Para algunos autores consideran que los valores de glicemia según el grado de instrucción del paciente, existe una tendencia a mejores valores de control glicérico a mayor nivel de instrucción educativa.⁴²

Coincide la práctica de las acciones de promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad en el CAAPS Gaviotas con lo referido en la literatura internacional y nacional, en donde Organizaciones Internacionales de Salud como la OMS y la OPS entre otras y nacionales señalan la importancia que éstas tienen en la salud de la población; aspectos éstos expuestos en detalle en el marco teórico conceptual de nuestro estudio.

En relación a la existencia de un grupo de diabéticos en el Centro de Salud denominado “ Club de Diabéticos” es una experiencia recomendada por la OMS/OPS y que ha sido practicada en algunos países desarrollados de América Latina y especialmente en otros centros de salud y de otras instituciones de México ^(9, 14,15) y Tabasco,⁽¹⁷⁾ tales como “Centro de Salud Tamulte y Centro de Salud Tierra Colorada”, sin embargo en nuestros resultados comprobamos que la asistencia al grupo creado no es su totalidad, la cual no sólo pudiera atribuirse a las características socioeconómicas y culturales del grupo, sino fundamentalmente al desconocimiento de su existencia o a la falta de motivación.

El factor económico a nuestro juicio es el factor principal que incide en la falta de automonitoreo en el 62% de las personas estudiadas, los integrantes del club , se organizan y hacen rifas para poder comprar los equipos, en un intento para solucionar este problema y se han adquirido un total de 18 equipos, en lo que va del año. Al medir los niveles de glucosa, presión arterial y peso corporal nos sirve de

para valorar el avance de las metas de tratamiento y el paciente es testigo de sus logros, y lo ideal es automonitoreo.

En México existen grupos de autoayuda que surgen como una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable de tratamiento.^{43, 44}

Nuestros resultados nos permitieron inferir la alimentación de los diabéticos del grupo adecuada, elemento éste de extraordinaria importancia. dado que se maneja el sistema de intercambio o equivalencia de alimentos adaptado a la comida de la región Aráuz ⁽³⁰⁾ señala en la literatura revisada este es uno de los factores más importante que pueden influir en el. Aumento de la incidencia de complicaciones en el diabético, pues conducen a descontrol con alta frecuencia.

Según plantea la Asociación Americana de la Diabetes “debe estimularse en estas personas un alto consumo de frutas, verduras y leguminosas y recomendar el consumo moderado de alimentos de origen animal, así también evitar el exceso de azúcares refinados....”⁽²⁸⁾. Otros autores, estudiosos de la Diabetes Mellitus, como son Aráuz ⁽³⁰⁾, García, ⁽²⁹⁾, y Freskens ⁽²⁷⁾ coinciden con estos postulados.

Otro factor importante abordado en nuestro estudio fue la actividad y el ejercicio físico, siendo éste último el más afectado; a lo cual le atribuimos determinada importancia, ya que según se plantea por la Secretaria de Salud de México y de Tabasco este aspecto del estilo de vida debe estar considerado e incorporado en los programas de salud de todas las instituciones. ^(15,23).

Merece atención en este grupo el hecho del cuidado de las personas, lo cual representa un punto vulnerable para el diabético, dado que desde los inicios de la enfermedad se producen cambios en los vasos periféricos, especialmente en miembros inferiores ⁽¹⁾. El 100% de las personas del grupo que presentaron atención

al cuidado de sus pies, refirieron conocer la importancia de ello. Sin embargo, algunos; no identifican los cuidados de forma completa.

Los principios de la educación terapéutica tiene como objetivos ayudar a lograr cambios permanentes en el estilo de vida y adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado, bajo las estrategias de centrar la enseñanza en el paciente, estos cambios conductuales son a largo plazo y beneficiarán su calidad de vida, hemos visto en nuestro grupo un control glucémico eficiente,⁴⁵ aunque consideramos que debemos seguir mejorando más adelante; así también tenemos ya personas diabéticas que su tratamiento esta basado en la dieta únicamente, los que han requerido insulina son muy pocos, el control de cifras de tensión arterial es bueno, el otro cambio importantísimo cuando el conocimiento ha sido apropiado hacia el cuidado de la persona diabética ,es que pueda identificar factores riesgos de su enfermedad y como manejarse adecuadamente. El curriculum del paciente nos ha permitido evaluar tanto al paciente como al médico familiar, para el proceso de cambio que se ha dado y seguir creciendo, aun cuando falta mucho por hacer en la educación terapéutica.

9. CONCLUSIONES

- Las personas del grupo que integran el “Club de Diabéticos” del Centro de Salud Gaviotas tiene un nivel bajo desde el punto de vista económico, educacional, y cultural, lo cual representa el primer problema de salud del mismo para poder alcanzar cambios en sus estilos de vida.
- La experiencia con el grupo de autocuidado de diabetes nos ha permitido comprender que si se puede lograr educar con motivación y con la participación activa del paciente, su plan de tratamiento y sus metas que ellos establecen. El equipo de atención primaria a la salud únicamente es el facilitador y guía de la intervención educativa, consideramos que hemos impactado en estimular la adopción de estilos de vida saludables en las personas diabéticas de este grupo estudiado, aunque consideramos que aun hay mucho por hacer, en los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad.
- El médico familiar debe comprometerse junto con el equipo de salud a incrementar esta práctica educativa. Y así conseguir que más pacientes con sus familiares se integren a los grupos de autocuidado.

10. RECOMENDACIONES

Se sugiere al médico familiar trabajar con metas aun más ambiciosas en los grupos de autocuidado, un promedio grupal de glucosa menor de 140mg, disminución del 5% peso corporal grupal o más del peso inicial, promedio grupal de presión arterial menor de 140/90, llevar un registro mensual de metas de tratamiento.

Para mayor efectividad de los grupos de autoayuda integrar por las tardes grupos de autoayuda para que los hombres se integren a las actividades y reuniones ya que en las mañanas se encuentran desarrollando actividades laborales.

Garantizar que cada uno de los integrantes reciba capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensables para el buen control de la enfermedad.

Contribuir a la prevención y manejo de la diabetes, hipertensión y obesidad. Y así favorecer la reducción de la morbilidad y mortalidad.

Establecer convenio con la escuela de educación física del estado para permitir a los estudiantes de esta carrera hacer servicio social y poder establecer un programa diario de ejercicios para los pacientes que puedan acudir y les permite un mejor control metabólico

X. BIBLIOGRAFIA.

1. Kuri Morales, P. Vargas, CM, Zarate, HM, Juárez VP. *Estado actual de la diabetes mellitus*. Dirección General Epidemiología Secretaría de Salud Mex. 2001.
2. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención y control de enfermedades. Dirección de Promoción de la Salud. México 1997.
3. Hernández M. E. y Colaboradores. *Introducción a la Salud Pública*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México 3ª. Edición 2002.
4. Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos. Título primero. Capítulo I. de las Garantías individuales. Artículo 4º. México 2001.
5. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud, 1995- 2000, México.
6. Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adaptada en la Cuarta Conferencia Internacional. Republica de Indonesia. 1997.
7. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud, Un enfoque innovador y eficaz. DPI 100 fea ture Washington DC.2002.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia*, Washington, D. C: Organización Panam Salud. 1: 1:88, 1996
9. Lazcano, G. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Medica Instituto Mexicano seguro social, Méx. 37:39-44, 1999.
10. Gutiérrez Sáenz. R. *Introducción ala Didáctica*. 5ª. Editorial. Esfinge, México 1994.
11. González O.V. *Didáctica General*. Siglo Nuevo. C.A. México 1980.
12. Zúñiga S. Islas A. Educación del paciente diabético. Un problema ancestral Rev. Med. IMSS. 38: 187-191, 2000.
13. Islas, Salazar S.B. Educación del paciente con Diabetes Mellitus. En Islas S. Lifshitz, A. editores. *Diabetes Mellitus*, Mex. Interamericana Mc Graw-Hill. 261:268, 1993

14. Alpízar Salazar, M. *Guía para el manejo del paciente diabético*, Méx. 1ª. Edición. Manual Moderno, Méx. 2001.
- 15.. Secretaría de Salud Clubes de Diabéticos *Guía técnica para su funcionamiento*. Méx. 1998
16. Escobedo, P.J. Santos, BC. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. *Salud Pu. Mex.* 37:37-46, 1995.
17. García-C.C. Gutiérrez-F, E. Borroel,S,L, Oramas P.B. Vidal L.M. Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2. *Salud de Tabasco Vol. 8 No. 1*, Abril 2002.
18. Clark, Ch.: The National Diabetes Education program changing the way diabetes is treated, *Diabetes Care*, 24: 417-618, 2001
19. Gagliardino, J.J.:A model Educationl Program for People with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24:1001-1007, 2001.
20. Gagliardino T.J. de la Hera, M. Siri F, at el Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. 10:309-316, 2001.
21. Comité de Educación DOTA. Normas para el desarrollo de programa de educación sobre diabetes en América. *Rev. Panam salud pública.* 10:349-357, 2001.
22. White F, Vega J. Aedo C. Proyecto de demostración “disease Management en Diabetes” Educación en Diabetes Organización Panamericana de la Salud. Abril 1998
23. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, México 2001- 2006.
- 24.. Morales H. H. Investigación y Desarrollo Coordinación de investigación en Salud. Instituto mexicano del seguro social. Notimex. México. 2003
25. Alpizar S.M. Sotomayor, G.A., Castro R. *Acciones anticipadas ante Diabetes mellitus*. *Rev. Med. IMSS, Méx.*, 36: 3-5, 1998.
26. Secretaría de Salud. Proyecto de modificación a la Norma oficial mexicana NOM.015-SSA-2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. DO. Méx., 2000
27. Feskens, E.J. *Can diabetes Be prevent by vegetable fat?*. *Diabetes Care*, 24: 9:1517-1518, 2001.

28. American Diabetes Association. Nutrition Recommendation and principles for people with Diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 24:S44-S47, 2001.
29. García M. ¿Orientación alimentaria o educación para una mejor conducta a favor de la salud? *Bol. Med. Hosp. Infantil, Mex.* 55:309-310, 1998.
30. Aráuz A. G, Sánchez G. Et al: Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Rev. Panam Salud Pública.* 9:145-152, 2001
31. Flores A.P. en *Diabetes: la clave es quererse y crecer en si mismo.* Diabetes control y prevención. organo de Difusión de la Federación Diabetológica. Colombiana, 2:2(1), Bogota Colombia 2002.
32. Werner A. Boner B. *Aprendiendo a Promover la Salud.* 2ª. Edición reimpresión 1987. Fundación Hesperian. U:S:A. 1987.
33. Gallegos Carrillo K. Investigación y desarrollo. Que piensan los Senectos de su salud. *Periodismo de la Salud Ciencia y Tecnología.* Instituto Mexicano del seguro social. México 2003.
34. Velásquez J. Los estilos de vida están generando Cambios en la Salud de la Población Generación tras Generación. Universidad Interamericana de Puerto Rico. 2001.
35. Valadez. F.A. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Rev. Salud Pub. Mex.* 35:464-470, 1993.
36. Trief, P: The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individual with diabetes. *Diabetes Care*, 24: 1384-1389, 2001.
37. Salinas, A.M. Muñoz, M.F. Barraza, L.A. Villarreal, R.E. Nuñez, R.G. Garza, E. M: *Necesidades en salud del diabético usuario del primer niveles de atención.* *Salud Pub. De Mex.* 43:324-335, 2001.

38. Egger; M et al. Conocimiento, actitud y práctica acerca del SIDA, entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. Bol. Of. Sanit Panam, 177: 12-21, 1994
39. López, R. *Estilos de vida de las personas con diabetes mellitus*, Centro de Salud Tamulte, Tesis, UJAT, 2004.
40. Trento, M: Group Vistis Tnopro Metabolic Control in Type 2 diabetes. Diabetes Care, 24:995-1000, 2001.
41. Rössner S. Obesidad: La enfermedad del siglo XXI, International Journal of Obesity Suppl 4, S2-S4, 2002.
42. King, H.R. Diabetes and world hearth Organization, Progress towards prevention and control. Diabetes Care, 16:387-390, 1993.
43. Secretaria de Salud. Departamento de Epidemiología. Programa Salud del Adulto y del Anciano, Estado de Tabasco. México, 2002.
44. Secretaria de Salud. Departamento de Planeación y estadística, Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud Tamulte, Villahermosa Tab. México. 2002.
45. Secretaría de Salud. Sistema de informática y estadística para población abierta. Méx, Agosto 2003.
46. Zimmet, P. Carty D. Diabetes 1994 to 2010: Global estimates an projet international diabetes institute, a who collaboratively centre for diabetes mellitus, 1994.
47. Sarduy M:R: Morales C:I: Diabetes Mellitus. Estilos de vida y alteraciones emocionales experiencia clínica de la atención al diabético. Revista Cubana de Endocrinología; 8:1, Cuba. 1997.
48. Secretaría de Salud Sistema de Epidemiología y Estadística de Defunciones (CIE-10) Gobierno del Estado de Tabasco. México. 2002.

A N E X O S

Proyecto de investigación Educación terapéutica en personas diabéticas, CAAPS; Gaviotas. Centro Tab. Méx.

Guía de entrevista: primera parte: **características generales de las personas diabéticas**

Nombre _____

1.00 edad _____ años

Historia de salud.

Sexo 1. F _____ 2. M _____

Grado máximo de estudios:

1. Analfabeta _____ 2. Primaria incompleta. 3 primaria _____ 4. Secundaria. _____ 5. Preparatoria. _____ 6. Profesional _____

Tipo de ocupación 1. obrero _____ 2. Campesino _____
3. Comerciante. _____ 4. artesanías _____ 5. limpieza _____ 6. lavandería _____
7. Labores del hogar _____ 8. Hojalatero. 9 pintores. _____ 10 otro _____

¿Cuántos años tiene de padecer diabetes? _____ años.

¿Tipo de diabetes que padece? 1.-Tipo uno. _____ 2. Tipo dos _____

¿Realiza Ud. en casa chequeo de su azúcar. 1. Si _____ 2. No. _____
porque _____

¿Acude Ud. A club de diabetes? 1. Si _____ 2 no _____

Guía de entrevista: segunda parte: Alimentación.

Consume ud. Alguna dieta especial: 1. Si _____ 2. No. _____

Come Ud. De todo 1.si _____ 2. No. _____

Toma leche o sus derivados todos los días 1. Si _____ 2. No _____

Come o toma fruta y/o verduras diario 1. Si _____ 2. No _____

2.04 Cantidad de fruta o verdura: mucho _____, moderado _____ poco _____

2.05. Consume Ud. Carne 8pollo, puerco o res, o pescado o huevos 1. Si _____ 2. No _____

Su consumo carnes, huevos o pescado es:

1. Dos veces al día___ 2. Una vez al día___ 3. una vez por semana___ 4. Dos veces por semana. ___ una vez al mes. ___

Come legumbres y/o arroz al menos una vez a la semana

1. Si___ 2. No___

Cuantas comidas hace al día: 1. una vez___ 2. Dos veces al día. 3. Tres veces al día. ___ 4. Cuatro veces al día___ 5. Cinco veces al día___ 6. Más de 5 veces al día. ___

Pica Ud. Entre las comidas 1. Si___ 2 no___

Consumo Ud. Frituras industriales (pastelillos, sabritas, refrescos, gansitos) con excesiva frecuencia 1. Si___ 2. No:___

Guía de entrevista: tercera parte: Actividad física.

¿se considera usted físicamente activo? 1. Si___ 2. No. ___

Porque_____

Hace ejercicios físicos al menos durante 20 minutos de manera regular, si () no ()

1. Cinco veces o mas a la semana___ 2. cuatro veces por semana. 3. Tres veces a la semana___ 4. Dos veces por semana___ 5. Una vez por semana___ 6. No hace ejercicio_____

¿Realiza actividades como levantar objetos pesados, o participa en deportes agotadores de manera regular ?_1. Si___ 2 no___

Hábitos de higiene sanitarios

¿se baña diariamente? Si _____ no _____

¿numero de veces que se cambia de ropa al día? num. _____

¿Se cepilla los dientes? Si _____ no _____

¿Numero de veces que se cepilla los dientes al día? Num _____

Cuidado de los pies

¿Sabe ud. Que medidas higiénicas debe tener para el cuidado de sus pies? Si no

¿Utiliza crema o lanolina para evitar resequedad en los pies? 1.- casi siempre 2.- algunas veces 4.- casi nunca

¿Usa ligas, calcetines, medias o ropa interior apretados? 1.- casi siempre 2.- 3.- algunas veces 4.- casi nunca

Curriculum de la persona diabética explicación oral y practica

Conocimientos básicos de la enfermedad.

¿Que es la diabetes?

Mencione las 3 formas clínicas de la diabetes.

¿Cuáles son las manifestaciones de la enfermedad o cuales fueron las que Ud. Sintió?

¿Cuáles son las causas que favorecieron el desarrollo de su diabetes?

¿Cómo evoluciona la enfermedad?

¿Cuales son las complicaciones?

¿A quién se le debe aplicar el cuestionario de detección para saber si es diabético?

¿ Que tratamiento debe llevar las personas diabéticas?

¿Qué contraindica la actividad física?

¿Qué beneficios las formas de actividad física en su salud?

¿Tiene Ud. una meta de tratamiento?

¿Sigue las indicaciones de su médico para su cuidado?

¿Sigue la dieta indicada por el médico, reconoce como combinar sus alimentos?

¿Cuales son los factores orgánicos que deben modificarse para controlar la enfermedad?

¿Realiza la técnica de autocontrol de la glucosa y sabe identificar la determinación y sabe como mejorar las cifras altas o bajas?

¿Identifica riesgos de las cifras bajas o altas de glucosa?

Acude periódicamente a su supervisión médica. Revisión de carnet de citas.

Menciona los cuidados correctos de los pies, tipo de calzado, revisión del calzado, secado de los pies, se corta adecuadamente las uñas, valoración práctica y teórica. Del cuidado de los pies.

Tiene visitas al servicio de odontología, nutrición

ES IMPORTANTE PARA MI SALUD:

- COMER POCA SAL Y GRASAS.
- EVITAR EL AUMENTO DE PESO.
- REDUCIR AL MINIMO LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS
- NO FUMAR
- TOMAR MEDICAMENTOS SEGÚN ME INDIQUE EL MEDICO.
- COMER FRUTAS Y VERDURAS.
- PRACTICAR ALGUN DEPORTE O CAMINAR
_____ MINUTOS _____ VECES POR SEMANA.
- CONSUMIR DIARIAMENTE _____ TAZAS DE (FRIJOL, LENTEJA, HABAS O GARBANZO).

ATENCION

ES IMPORTANTE PARA MI SALUD EL CUMPLIR CON LAS CITAS MEDICAS Y NO OLVIDAR MI TARJETA CADA VEZ QUE ACUDA A CONSULTA.

ESTA TARJETA TIENE COMO PROPOSITO ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO EN TODO PACIENTE DIAGNOSTICADO. EL ENFERMO PODRA SOLICITAR EN CUALQUIER UNIDAD DE SALUD, LA ATENCION Y MEDICAMENTOS NECESARIOS.



Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco.

JURISDICCION SANITARIA NUM. IV CENTRO

C.A.A.P.S. GAVIOTAS

DIABETES MELLITUS

TARJETA DE CONTROL DE CASOS

Nombre: _____		
No. de Expediente: _____		
Edad: _____	Sexo: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____		
	Calle	No.

Col.	Municipio	Estado
Otro domicilio: _____		

Núcleo Básico: _____		
Teléfono: _____		
Datos de la Unidad que expide la tarjeta		

Institución	Unidad	Estado

C. S. U. GAVIOTAS
CIFRAS DE GLUCOSAS POR SESION (MG/dl)

NOMBRE: Carmen Perez Martinez
 EDAD: 32a SEXO: Masculino
 DIAGNOSTICO: DB
 FECHA DE INICIO: 1995-282
 MODULO: 5

